FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1962

# THÈSE

N° 1091

POUR LE

# DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Roland HERZHAFT

né le 23 Juillet 1935 à BESANCON (Doubs)

Externe des Hôpitaux de Paris

---

Présentée et soutenue publiquement le :

## LA LIPOMATOSE DE LA VALVULE ILEO-CAECALE

Président : M. Charles DEBRAY, Professeur.

ÉDITIONS A. G. E. M. P. — 8, RUE DANTE - PARIS-V[e]

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1962 — N° —

# THÈSE

POUR LE

# DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Roland HERZHAFT

né le 23 Juillet 1935 à BESANCON (Doubs)

Externe des Hôpitaux de Paris

---

Présentée et soutenue publiquement le :

## LA LIPOMATOSE DE LA VALVULE ILEO-CAECALE

Président : M. Charles DEBRAY, Professeur.

ÉDITIONS A. G. E. M. P. — 8, RUE DANTE - PARIS-V[e]

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

## PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Champy (C.), Debré (R.), Fey (B.), Gastinel (P.), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuejoul (P.), Laroche (G.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Mondor (H.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Olivier (E.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis (D), Quénu (J.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.).

**DOYEN** . . . . . Léon **BINET.**
*Membre de l'Institut*

1er **ASSESSEUR** . . . . . Jean **VERNE**
2e **ASSESSEUR** . . . . . Gaston **CORDIER**

## I. — PROFESSEURS

### 1° CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

#### a) Professeurs titulaires :

| | MM. |
|---|---|
| Anatomie | DELMAS (A.) |
| Anatomie pathologique | DELARUE (J.) |
| Anesthésiologie | BAUMANN (J.) |
| Biochimie médicale | JAYLE (M.-F.) / SCHAPIRA (G.) |
| Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports | CHAILLEY-BERT (P.) |
| Biologie médicale | FAUVERT (R.) |
| Cancérologie médicale et sociale | BERNARD (J.) |
| Embryologie | GIROUD (A.) |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière) | N... |
| Histologie | VERNE (J.) |
| Hygiène et médecine préventive | JOANNON (P.) |
| Médecine du Travail | DESOILLE (H.) |
| Médecine légale | PIEDELIÈVRE (R.) |
| Microbiologie (Bactériologie et virologie) | FASQUELLE (R.) |
| Parasitologie | GALLIARD (H.) |
| Pathologie chirurgicale | HUGUIER (J.) |
| Pathologie exotique | LAVIER (G.) |
| Pathologie expérimentale et comparée | MERKLEN (F.-P.) |
| Pathologie médicale | MILLIEZ (P.) |
| Pathologie respiratoire | TURIAF (J.) |
| Pathologie et thérapeutique générales | BOUDIN (G.) |
| Pharmacologie | CHEYMOL (J.) |
| Physiologie | BINET (L.) / BARGETON (D.) |
| Physiologie et pathologie obstétricale | LEPAGE (F.) |
| Physique médicale | DOGNON (A.) / DJOURNO (A.) |
| Radiologie médicale | DESGREZ (H.) |
| Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale | N... |
| Thérapeutique | CONTE (M.) |

#### b) Professeurs à titre personnel :

| | |
|---|---|
| Biochimie médicale | DESGREZ (P.) / POLONOVSKI (J.) |
| Biologie médicale | BOURLIÈRE (F.) |
| Embryologie | TUCHMANN (H.) |
| Hygiène et médecine préventive | DEPARIS (M.) |
| Parasitologie | BRUMPT (L.-C.) |
| Pathologie chirurgicale | LAURENCE (G.) |
| Pharmacologie | LÉVY (Mlle J.) |
| Physiologie | PARROT (J.) |
| Physique médicale | KELLERSHOHN (L.) |

## 2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

### a) Professeurs titulaires :

| | MM. |
|---|---|
| Clinique carcinologique chirurgicale (Necker) | REDON (H.) |
| Clinique cardiologique (Broussais) | MOUQUIN (M.) |
| Cliniques chirurgicales — Beaujon | LORTAT-JACOB (J.-L.) |
| Cochin | LEGER (L.) |
| Hôtel-Dieu | PATEL (J.) |
| Pitié | GORDIER (G.) |
| Saint-Antoine | GOSSET (J.) |
| Salpêtrière | SIGARD (A.) |
| Tenon | OLIVIER (G.) |
| Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants Malades) | FÈVRE (M.) |
| Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice (Cochin) | MERLE d'AUBIGNÉ (R.) |
| Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais) | GAUDART d'ALLAINES (F. de) |
| Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laennec) | MATHEY (J.) |
| Clinique endocrinologique (Pitié) | DECOURT (J.) |
| Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades) | LAMY (M.) |
| Clinique gynécologique (Broca) | FUNCK-BRENTANO (P.) |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis) | DEGOS (R.) |
| Clinique des maladies des Enfants (Enfants-Malades) | CATHALA (J.) |
| Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard) | MOLLARET (P.) |
| Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne) | DELAY (J.) |
| Clinique des maladies métaboliques (Necker) | HAMBURGER (J.) |
| Clinique des maladies du sang (Broussais) | MARCHAL (G.) |
| Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière) | CASTAIGNE (P.) |
| Cliniques médicales — Boucicaut | LENÈGRE (J.) |
| Broussais | SOULIÉ (P.) |
| Cochin | JUSTIN-BESANÇON (L.) |
| Cochin | BROUET (G.) |
| Hôtel-Dieu | BARIÉTY (M.) |
| Laribolsière | SÈZE (S. de) |
| Pitié | DREYFUS (G.) |
| Saint-Antoine | KOURILSKY (R.) |
| Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie (Bichat) | DEBRAY (C.) |
| Clinique médicale propédeutique (Broussais) | GENNES (L. de) |
| Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu) | DEROT (M.) |
| Clinique de neuro-chirurgie (Pitié) | DAVID (M.) |
| Clinique neurologique (Salpêtrière) | GARGIN (R.) |
| Cliniques obstétricales — Baudelocque | LACOMME (M.) |
| Foch (Suresnes) | MERGER (R.) |
| Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal) | VARANGOT (J.) |
| Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu) | RENARD (G.) |
| Clinique oto-rhino-laryngologique (Laribolsière) | AUBRY (M.) |
| Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul) | LELONG (M.) |
| Clinique de pédiatrie sociale (Enfants-Malades) | MARIE (J.) |
| Clinique de pneumo-phtisiologie (Laennec) | BERNARD (E.) |
| Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière) | MICHAUX (L.) |
| Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin) | COSTE (F.) |
| Clinique stomatologique (Pitié) | DECHAUME (M.) |
| Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard) | ROUX (M.) |
| Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine) | LEMAIRE (A.) |
| Clinique toxicologique | GAULTIER (M.) |
| Clinique traumatologique | PADOVANI (P.) |
| Séméiologie médicale | DOMART (A.) |
| Séméiologie et clinique chirurgicales | POILLEUX (F.) |
| Clinique urologique (Necker) | COUVELAIRE (R.) |
| Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau) | TURPIN (R.) |

### b) Professeurs à titre personnel :

| | |
|---|---|
| Médecine | ROUR (H.) |
| | L'HERMITTE (F.) |
| | PEQUIGNOT (H.) |

## II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGRÉGÉS ET MAITRES DE CONFÉRENCES - AGRÉGÉS

| | MM. |
|---|---|
| Anatomie | CABROL (C.)<br>COUINAUD (C.)<br>GILLOT (C.)<br>OLIVIER (G.) |
| Anatomie pathologique | GAUTHIER-VILLARS (Mlle P.) pr. s. ch.<br>ABELANET (R.)<br>BUSSER (F.)<br>CHOMETTE (G.)<br>GOUYGOU (Ch.), m. conf.<br>NEZELOFF (Ch.)<br>ORCEL (L.)<br>PAILLAS (J.) |
| Anesthésiologie | KERN (E.)<br>VOURC'H (G.) |
| Bactériologie | BARBIER (P.)<br>CHRISTOL (D.)<br>LE MINOR (L.)<br>TOURNIER (P.) |
| Biochimie médicale | BAILLIEU Et. m. conf.<br>BOURILLON (R.)<br>CARTIER (P.)<br>DREYFUS (J.-Cl.)<br>GONNARD (P.)<br>KRUH (J.)<br>JEROME (H.) |
| Biologie appliquée à l'Education Physique et aux Sports | PLAS (F.) |
| Carcinologie | BOIRON (M.)<br>DENOIX (P.)<br>MATHE (G.)<br>SELIGMANN (M.) |
| Dermato-Syphiligraphie | CIVATTE (J.)<br>DUPERRAT (B.) |
| Electro-Radiologie | LEDOUX-LEBARD (C.) |
| Hématologie | BESSIS (M.)<br>BILSKI-PASQUIER (G.)<br>DAUSSET (J.)<br>DUHAMEL (G.) |
| Histologie | COUJARD (R.), pr. s. ch.<br>MAROIS (M.)<br>RACADOT (J.) |
| Hydrologie | BESANÇON (F.)<br>CORNET (A.) |
| Hygiène | BOYER (J.) pr. s. ch.<br>BLANCHER (G.)<br>CORRE-HURST (Mme L.)<br>SAPIN-JAUSTIN (H.) |
| Maladies infectieuses | BASTIN (R.)<br>DUPONT (V.) |
| Médecine légale | HERBERET (L.), pr. s. ch.<br>FOURNIER (E.)<br>GUENIOT (M.)<br>HADENGUE (A.) |
| Médecine du travail | ALBAHARY (C.) |
| Neuro-chirurgie | PERTUISET (B.) |
| Obstétrique | GRANJON (A.)<br>HERVET (E.)<br>LE LORIER (G.)<br>LEVY (J.)<br>MORIN (P.)<br>MUSSET (R.)<br>ROBEY (M.)<br>SENEZE (J.)<br>SUREAU (C.)<br>THOYER-ROZAT (J.) |
| Ophtalmologie | BRÉGEAT (P.)<br>DUBOIS (A.)<br>SARAUX (H.) |

| | MM. |
|---|---|
| Orthopédie | JUDET (R.)<br>MEARY (R.)<br>POSTEL (M.)<br>RAMADIER (J.) |
| Oto-rhino-Laryngologie | DEBAIN (J.)<br>PIALOUX (P.) |
| Parasitologie | GOLVAN (Y.)<br>LAPIERRE (J.) |
| Pathologie chirurgicale | BARCAT (J.)<br>BINET (J.-P.)<br>CAUCHOIX (J.)<br>CERBONNET (G.)<br>CHATELIN (C.-L.)<br>DUBOST (Ch.)<br>DUBOST (Cl.)<br>FAUREL (J.)<br>FLABEAU (F.)<br>GARBAY (M.)<br>GARNIER (H.)<br>(Cl. de) GAUDART-d'ALLAINES<br>GERMAIN (A.)<br>LATASTE (J.)<br>LEVEQUE (B.)<br>LOYGUE (J.)<br>MERCADIER (M.)<br>NATALI (J.)<br>PELLERIN (D.)<br>PERROTIN (J.)<br>ROBERT (H.)<br>THOMERET (G.) |
| Pathologie exotique | SCHNEIDER (J.) |
| Pathologie expérimentale | BENHAMOU (J.-P.)<br>BERTHAUX (P.)<br>BOIVIN (P.)<br>GROSNIER (J.)<br>HARTMANN (L.)<br>LŒPER (J.)<br>MAURICE (J.)<br>MIKOL (Cl.)<br>RICHET (G.) |
| Pathologie médicale | AUSSANNAIRE (M.)<br>BOUVIER (J.)<br>BOUVRAIN (Y.)<br>BRICAIRE (H.)<br>BRISSAUD (H.)<br>BROCARD (H.)<br>BUGE (A.)<br>CATINAT (J.)<br>CHRÉTIEN (J.)<br>COBLENTZ (B.)<br>CONTAMIN (F.)<br>COURY (C.)<br>ÉTIENNE (J.-P.)<br>FREZAL (J.)<br>FRITEL (D.)<br>HENNEQUET (A.)<br>HIMBERT (J.)<br>HOUSSET (E.)<br>LAROCHE (Cl.)<br>LESOBRE (R.)<br>MACREZ (C.)<br>MOREAU (L.)<br>NICK (J.)<br>ROYER (P.)<br>TOURNEUR (R.)<br>WOLFROMM (R.) |
| Pédiatrie-Puériculture | JOSEPH (R.)<br>LAFOURCADE (J.)<br>LEPERCQ (G.)<br>MANDE (R.)<br>MOZZICONACCI (P.)<br>POLONOVSKI (C.)<br>ROSSIER (A.)<br>VIALATTE (J.) |

| | MM. |
|---|---|
| Pharmacologie | BOISSIER (J.)<br>LECHAT (P.) |
| Physiologie | BARRES (G.)<br>DEJOURS (P.)<br>DURAND (J.)<br>GIRARD m. conf.<br>HUGELIN (A.)<br>SCHERRER (J.) |
| Physique médicale | CHANTEUR (J.)<br>COUCEROT (L.), m. conf. pr. s. ch.<br>GREMY (F.) m. conf.<br>MILHAUD (G.)<br>PELLERIN (P.)<br>ROUCAYROL (J.-Cl)<br>TUBIANA (M.) m. conf. |
| Pneumo phtisiologie | KREIS (B.)<br>MEYER (A.)<br>RENAULT (P.) |

| | MM. |
|---|---|
| Psychiatrie | PICHOT (P.) |
| Psychiatrie infantile | DENIKER (P.)<br>DUCHE (D.)<br>FLAVIGNY (H.)<br>LAPRESLE (J.) |
| Rhumatologie | DELBARRE (F.) |
| Stomatologie | CERNEA (P.)<br>CHAPUT (Mme A.) m. c. agr.<br>GRELLET (M.) |
| Thérapeutique | CHASSAGNE (P.)<br>LAMOTTE (M.)<br>MARCHE (J.) |
| Urologie | AUVERT (J.)<br>MOULONGUET (A.)<br>QUENU (L.) |

## III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

| | MM. |
|---|---|
| Anatomie | DEBEYRE (J.) |
| Clinique chirurgicale | ABOULKER (P.)<br>AMFLINE (A.), pr. s. ch.<br>VERNE (J.-M.) |
| Clinique médicale | PERRAULT (M.)<br>RAMBERT (P.)<br>THIEFFRY (S.) |
| Clinique obstétricale | GRASSET (J.)<br>MAYER (M.) |

| | MM. |
|---|---|
| Clinique ophtalmologique | DESVIGNES (P.)<br>OFFRET (G.) |
| Clinique oto-rhino-laryngologique | MADURO (R.) |
| Clinique pédiatrique et puériculture | LAPLANE (R.) |
| Clinique psychiatrique | BARUK (H.) |
| Clinique urologique | KUSS (R.) |

## IV. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

| | |
|---|---|
| Bactériologie | HAUDUROY (P.) Pr. s. ch. |
| Pathologie chirurgicale | RUDLER (J.) Pr. s. ch. |

## V. - CHARGÉS DE COURS D'HYGIÈNE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE

BOLTANSKI (E.)
LAUNAY (C.)

| | |
|---|---|
| Secrétaire général de la Faculté | M. LENA (J.) |
| Secrétaire principal | Mlle CHAINTREUIL (G.) |
| Conservateur en Chef de la Bibliothèque<br>Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine | M. le Docteur HAHN (A.) |
| Conservateur | Mlle DUMAITRE (P.) |
| Bibliothécaires | Mmes CONTET (J.), FORGET (F.),<br>Mlles LAURENT (H.), LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.) |

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.*

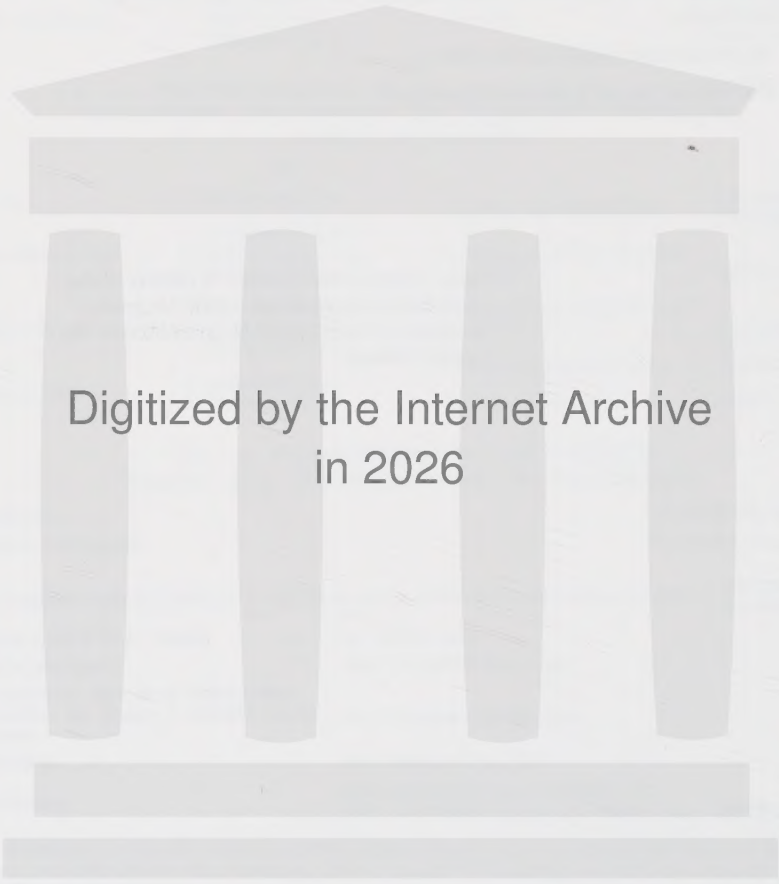
A notre Maître, Monsieur le Professeur Charles DEBRAY

Professeur d'Hydro-Climatologie à la Faculté de Médecine de Paris,

Médecin des Hôpitaux de Paris,

Chevalier de la Légion d'Honneur.

qui a bien voulu nous recevoir dans son Service et nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.


Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41538124_0041

A Monsieur le Docteur J. PAOLAGGI

Assistant des Hôpitaux de Paris.

qui nous a inspiré le sujet de cette thèse et nous a toujours aidé et soutenu dans notre travail.

Nous lui en exprimons ici notre vive reconnaissance.

A NOS MAITRES,

lors de notre Externat des Hôpitaux
de Paris.

MEIS ET AMICIS

# INTRODUCTION

L'intérêt de la pathologie bauhinienne n'a cessé de croître durant ces dernières années et ceci est dû à deux faits essentiels :

- d'une part, la physiologie de la valvule iléo-caecale est mieux connue,

- d'autre part et surtout, l'étude radiologique de cette valvule a réalisé de grands progrès et des techniques de visualisation de la jonction iléo-caecale sont actuellement codifiées.

Parmi toutes les affections de la valvule de Bauhin, il en est une qui est relativement plus fréquente que les autres : il s'agit de la LIPOMATOSE.

Celle-ci consiste en une accumulation graisseuse non encapsulée envahissant de façon diffuse la valvule iléo-caecale en quantité suffisante pour donner des symptômes et des signes radiologiques.

Il s'agit là d'une entité pathologique précise, bien individualisée et pourtant, il se dégage une impression de confusion extrême à la lecture de nombreuses publications faites à ce sujet . Cela est dû en grande partie à un manque de rigueur quant à la terminologie de cette affection,lipome et lipomatose étant souvent confondus, et à un diagnostic parfois difficile à porter.

Le problème diagnostique se pose essentiellement avec la bauhinite oedémateuse, les tumeurs bénignes et malignes, et l'hypertrophie simple de la valvule iléo-caecale.

C'est pourquoi, nous avons pris pour tâche , à l'occasion de trois observations personnelles de LIPOMATOSE, de tenter d'en préciser les signes cliniques et radiologiques en passant en revue les différentes observations que nous avons pu recueillir dans la littérature mondiale.

oOo

# RAPPEL DE L'ANATOMIE ET LA PHYSIOLOGIE DE LA VALVULE ILEO-CAECALE

## ANATOMIE :

L'iléon s'abouche généralement à la face interne du caecum dans sa moitié postérieure (exceptionnellement dans sa moitié antérieure). Parfois, il s'implante sur la face postérieure du caecum dans sa partie interne

La valvule iléo caecale est formée de deux valves, l'une supérieure, l'autre inférieure, unies latéralement par des commissures que prolongent des freins.

L'observation directe à travers une brèche caecale, a permis à PAOLAGGI de préciser les deux aspects que peut prendre la valvule selon qu'elle est en état d'activité ou non.

En effet, à l'état de repos , (elle correspond alors à l'aspect classique retrouvé sur le cadavre) la valvule se présente comme une fente horizontale, bordée de deux lèvres fines et allongées. En période d'activité, elle prend un aspect qui rappelle en moins turgescent et moins large, la saillie du museau de tanche du col utérin ; les lèvres sont alors épaisses et saillantes, circonscrivant un orifice étoilé.

Au point de vue histologique, la valvule est formée par l'adossement des tuniques intestinales, sauf la partie superficielle de la couche musculaire longitudinale et la séreuse

La muqueuse est de type iléal sur le versant iléal, de type colique sur le versant caecal .

Les fibres musculaires du caecum et de l'iléon participent à la formation de la valvule : les fibres longitudinales profondes viennent se mêler à la couche circulaire contribuant ainsi à former le sphincter iléo-caecal, alors que les fibres longitudinales superficielles passent en pont du grêle au colon, n'entrant pas dans la constitution du sphincter.

La vascularisation se fait par l'artère iléo caecale, branche de la mésentérique supérieure

Les lymphatiques se divisent pour les zones iléale et caecale, en deux réseaux muqueux indépendants et non communicants.

L'innervation est double, intrinsèque et extrinsèque (Pneumogastrique et sympathique). Signalons ici que les 10 à 12 derniers centimètres de l'iléon sont dépourvus d'innervation extrinsèque .

PHYSIOLOGIE :

La valvule iléo-caecale est un véritable sphincter actif.

Ce rôle sphinctérien est réalisé par les variations morphologiques de la valvule :

- aspect fonctionnel (papillaire) correspondant aux périodes d'activité,
- aspect de repos (valvulaire).

Le passage de l'un à l'autre de ces aspects se fait grâce à un double mécanisme : musculaire et vasomoteur (vasodilatation locale) .

Le sphincter iléo-caecal a deux fonctions :

- régler l'évacuation du grêle,
- empêcher le reflux du contenu caecal dans l'iléon.

Au cours du transit baryté, la valvule n'est franchie qu'après remplissage complet de la dernière anse grêle.

Le passage alimentaire, observé in vivo (PAOLAGGI), se fait de façon discontinue, soit en jet, soit lentement.

Le fonctionnement de la valvule iléo-caecale est placé sous la dépendance de deux ordres de facteurs :

- un facteur nerveux, qui rend compte des réflexes iléo , gastro, colo-bauhiniens,
- un facteur vraisemblablement neuro-hormonal, qui rend compte de l'influence sur le jeu sphinctérien, de la nature du contenu iléal (concentration, pH, nature chimique, etc...).

oOo

## OBSERVATIONS

Nous avons pu recueillir dans le service de notre Maître le Professeur Charles DEBRAY, trois observations de lipomatoses de la valvule iléo-caecale. L'une d'elles (la première) est seule vraiment représentative. Il s'agit en effet d'une lipomatose isolée responsable de la grande majorité des troubles présentés par la malade. De plus, le compte-rendu histologique (Docteur MARTIN) est particulièrement détaillé et précis.

Les deux autres observations sont des cas de lipomatoses associées à une affection digestive plus importante, responsable de la majorité des symptômes. Le diagnostic de lipomatose de la valvule iléo-caecale fut dans ces deux cas une découverte d'examen anatomo-pathologique.

Observation n° 1 : (CAS 1)

Madame D... 57 ans, consulte le Dr HARDOUIN en septembre 1950 pour douleurs abdominales s'accompagnant de diarrhée et rectorragie minime. Il s'agit d'une obèse (78 kg 500 pour 1,56 m) ayant eu une appendicectomie en 1940.

Les troubles ont commencé en 1958 par une douleur de la fosse iliaque droite de survenue brutale, extrêmement vive, durant quelques minutes. La douleur se répète, suivie de diarrhée, contenant des glaires et du sang en petite quantité.

Par la suite, les crises diarrhéiques reviennent périodiquement : ce sont des périodes de trois à quatre jours pendant lesquelles la malade a une quinzaines de selles par jour. Il est à remarquer que la première selle est à peu près normale, seules étant liquides les selles suivantes.

Les phénomènes douloureux se produisent à deux moments : avant les selles (douleur assez vive de la fosse iliaque droite irradiant vers le haut) et, à la station debout, ou lorsque la malade s'étire.

Pas de fièvre, pas d'amaigrissement. Appétit bien conservé. Cependant, digestion pénible avec ballonnement post-prandial et éructations.

Rectoscopie normale. Radio de vésicule normale.

Lavement baryté (octobre I960) : hypertrophie de la valvule de Bauhin qui a deux centimètres au moins de circonférence. Sur certains clichés, on a l'impression que la valvule vient s'invaginer sans se déformer d'ailleurs, à l'intérieur de la lumière caecale. Au bord externe du caecum, à la hauteur de la valvule, il existe une incisure et les freins de la valvule sont particulièrement nets. Par contre, le reste du caecum et l'anse iléale terminale sont normaux.

Hospitalisation en Novembre I960. L'examen clinique est négatif sauf un point douloureux de la fosse iliaque droite assez bas situé. Les selles sont liquides . La recherche de parasites est négative. Il n'y a pas de levures. Flore microbienne à prédominance Gram négatif. Pas de syndrome allergique clinique ; pouvoir histaminopexique = 0.

Un nouveau lavement baryté montre une hypertrophie de la valvule iléo-caecale tout à fait typique (Cf. iconographie en fin d'ouvrage).

Radiocinéma (Dr. CHERIGIE) à l'hôpital Claude Bernard : On voit très bien le fond du caecum qui se distend sous l'influence de la réplétion et la région de la valvule iléo-caecale. La valvule est de façon manifeste régulièrement hypertrophiée et parait souple. L'hypertrophie porte surtout sur la lèvre supérieure. Souplesse parfaite des parois avoisinantes.

On pense alors que cette hypertrophie de la valvule iléo-caecale est due, soit à une Bauhinite oedémateuse, soit à une lipomatose (Pr. DEBRAY).

En décembre 1960, laparoscopie (Dr. PAOLAGGI) : adhérences post-opératoires douloureuses de la région caecale dont la palpation reproduit la douleur ressentie par la malade à l'hyperextension du tronc. Endoscopie normale par ailleurs (Foie, péritoine, annexes, utérus).

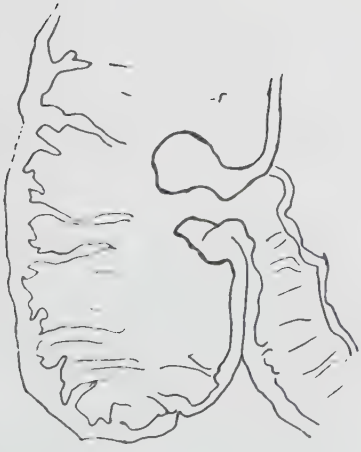
Devant l'association d'une diarrhée, de douleurs de la fosse iliaque droite, d'une hypertrophie valvulaire, l'intervention est décidée. Elle a lieu le I8 janvier I96I.

Compte rendu opératoire (Dr. NARDI) :

" Incision pararectale droite. Quelques adhérences du caecum à la paroi. On ne sent à la palpation aucune tumeur au niveau de la valvule de Bauhin. Il n'y a pas d'adénopathie. Caecotomie le long de la bandelette antérieure, ce qui permet de mettre en évidence une valvule de Bauhin hypertrophique, absolument analogue à un col utérin. Il n'existe là aucune induration et l'on a l'impression que la sous-muqueuse est envahie par une formation qui serait analogue à un lipome. Colectomie droite enlevant I5 cm. de grêle et le colon jusqu'à la partie droite du transverse sans chercher à faire d'exérèse ganglionnaire. Anastomose iléo-transverse termino-terminale en un plan extra-muqueux ....".

Examen anatomo-pathologique (Dr. Etienne MARTIN) :

Etude macroscopique : Le colon droit a une paroi d'épaisseur normale et une muqueuse macroscopiquement intacte et non hémorragique.



La lèvre inférieure est tuméfiée, mais peu augmentée de volume. Par contre, la lèvre supérieure est saillante de 2 cm. dans la lumière colique, épaisse de 3 mm.
Le versant grêle est normal, tandis que le versant colique est soulevé par une masse à la fois lipomateuse et oedémateuse.

(Observation n° 1)

La valvule iléo-caecale (en haut) fait la "moue".

L'implantation de l'appendice (en bas) est également marquée par un aspect en cupule, formée d'une dépression centrale rétractée et d'un bourrelet oedémateux.

(Observation n° 1)

L'iléon est macroscopiquement normal.

Par contre, on trouve des lésions particulières modifiant la valvule de Bauhin et la cicatrice de l'appendicectomie (voir photos n° 1 et 2).

Au niveau de la valvule, la lèvre inférieure est tuméfiée mais peu augmentée de volume ; par contre, la lèvre supérieure est saillante de 2 cm. dans la lumière colique, épaisse de 13 mm., le versant grêle est normal tandis que le versant colique est soulevé par une masse à la fois lipomateuse et oedémateuse ; l'ensemble donne à la valvule, de Bauhin un aspect de col utérin asymétrique..

L'implantation de l'appendice est également marquée par un aspect en cupule, formée d'une dépression centrale rétractée et d'un bourrelet oedémateux.

Etude histologique : Les anomalies les plus nettes sont notées au niveau de la lèvre supérieure. Il existe en effet un épaississement très important de la sous-muqueuse fait à la fois d'un tissu assez lâche à grandes vésicules claires sans aucune réaction inflammatoire, et dont certaines sont manifestement des vésicules lipidiques, mais d'autres paraissent être une dissociation du conjonctif par des plaques oedémateuses. Cette dissociation oedémateuse se retrouve au niveau des couches musculaires coliques, infiltre la muqueuse aussi bien colique que grêle, tout au moins sur ses derniers centimètres.

Par contre, on ne retrouve aucun signe d'oedème ou de lipomatose sous-muqueuse au niveau de l'iléon.

La valvule de Bauhin est coupée à la congélation et colorée par le Soudan III. Toute la sous-muqueuse est infiltrée par une grande quantité de vésicules lipidiques très fortement colorées par le Soudan III.

Il s'agit donc ici d'une lipomatose de la valvule iléo-caecale.

---

Les suites opératoires sont bonnes.

Observation n° 2 : (CAS 2)

Il s'agit ici d'une lipomatose de la valvule iléo-caecale découverte fortuitement à l'examen anatomo-pathologique d'une pièce opératoire comportant la jonction iléo-caecale.

La malade était atteinte de polypose rectocolique.

Nous devons cette observation à l'obligeance du Dr. NARDI dans le Service de qui la malade a été opérée.

Une femme de 63 ans, sans passé digestif, est hospitalisée pour un syndrome diarrhéique durant depuis un mois, évoquant une rectocolite hémorragique : dix selles liquides afécales par jour contenant du sang et du pus.

Amaigrissement de I2 kilogs en deux mois.

Douleurs hypogastriques à type de coliques.

Le lavement baryté fait évoquer le diagnostic de polypose rectocolique.

Intervention chirurgicale quatre mois plus tard : colectomie totale.

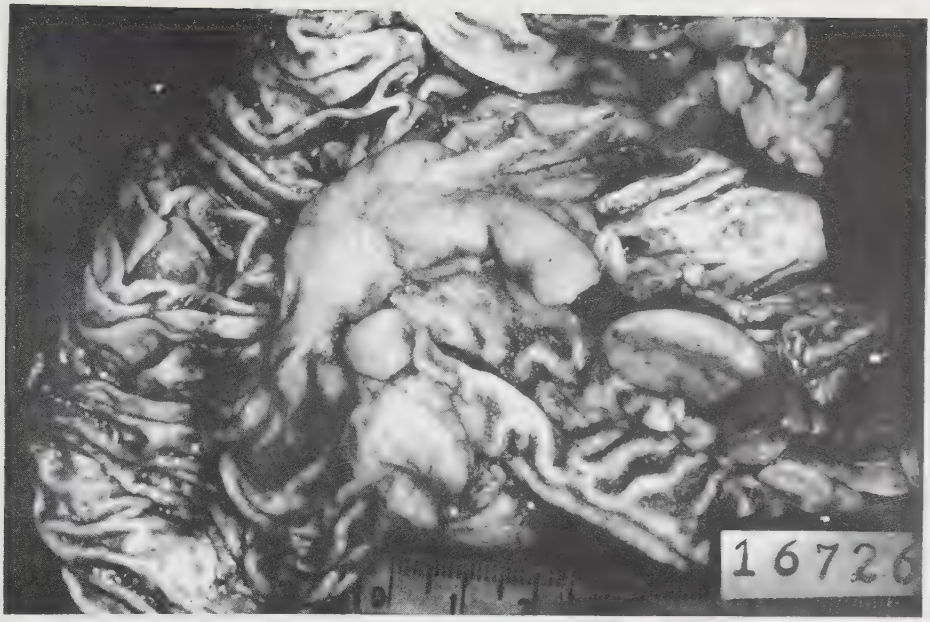
Examen histologique :

Examen macroscopique : Caecum normal mais valvule de Bauhin très modifiée, saillante dans le caecum à la façon d'un col utérin, recouverte par une muqueuse tendue mais non ulcérée ; elle est asymétrique. L'hypertrophie atteint essentiellement la lèvre supérieure qui est de la taille d'une noix , formée à la coupe par un tissu d'aspect à la fois lipomateux et oedémateux (voir photo n° 3).

Colon droit normal.

Lésions coliques (rétrécissement de calibre et lésions muqueuses diffuses) depuis l'angle droit jusqu'à la limite de la résection rectale.

Examen microscopique : Les prélèvements de l'intestin grêle et de la région iléo-caecale montrent une intégrité quasi totale du grêle jusqu'au bord supérieur de la valvule dont les deux lèvres sont épaissies du fait d'une très intense lipomatose vivement colorée en rouge par le Soudan III sur les coupes à la congélation. Les lésions coliques siègent au-dessus de cette région valvulaire, se prolongeant jusqu'au rectum .... il s'agit d'une très intense rectocolite suppurée et muco-hémorragique chronique.



La valvule iléo-caecale est hypertrophiée, recouverte par une muqueuse tendue mais non ulcérée. Elle est asymétrique : l'hypertrophie atteint essentiellement la lèvre supérieure.

(Observation n° 2)

Observation n° 3 : (CAS 3)

Ici aussi le diagnostic de lipomatose fut une découverte histologique chez cette malade atteinte d'un cancer du caecum.

Madame T... 70 ans, présente une alternance de constipation et de diarrhée et se plaint de douleurs en barre sus-ombilicales, à type de torsion, durant une nuit entière, sans irradiation. Pas de vomissements ni de nausées.

Ces crises se répètent tous les quatre jours environ .

Par ailleurs, douleurs post-prandiales.

Amaigrissement important non chiffré. Anorexie.

A l'examen : Abdomen météorisé, douloureux.
Fosse iliaque droite sensible.

Un lavement baryté montre une lacune ovalaire du bas-fond caecal correspondant à une volumineuse valvule iléo-caecale.

On porte le diagnostic de tumeur de la valvule iléo-caecale.

Après une période d'accalmie, la malade se prépare à rentrer chez elle en province, pour s'y faire opérer.

Mais, brutalement, apparaît un tableau de collapsus avec douleurs abdominales évoquant une perforation. La malade meurt malgré la réanimation la plus active.

Compte rendu histologique :

La région iléo-caecale est le siège d'une prolifération tumorale différenciée à la fois bourgeonnante et infiltrante. Elle est constituée par deux sortes d'éléments tumoraux :

- d'une part, des cellules cylindriques éosinophiles à noyau banal, assez régulières, groupées soit en formations alvéolaires, soit en tubes parfois végétants,

- d'autre part, des cellules cubiques mucipares, très riches en monstruosités, parfois groupées en tubes dilatés par du mucus, tantôt isolées, réalisant un aspect typique de cellules en bagues à châton.

La stroma-réaction est abondante, essentiellement scléreuse, remaniée par des plages nécrotiques, hémorragiques, myxoïdes.

La valvule de Bauhin est sténosée, n'admettant qu'une sonde canelée. La tumeur détruit complètement la lèvre inférieure dont il ne persiste que la partie toute basale formée de fibres musculaires dissociées par du tissu tumoral ; au niveau de la lèvre supérieure, la prolifération détruit la partie basale du versant iléal dont la musculeuse est infiltrée. La partie distale de cette face est respectée, de même que la face colique dont la musculeuse est normale, et dont la muqueuse est soulevée par une infiltration lipomateuse diffuse non inflammatoire.

En conclusion, il s'agit d'un épithélioma glandulaire polymorphe de la région caecale ; la valvule iléo-caecale étant envahie par l'association cancer-lipomatose.

oOo

## REVUE DE LA LITTERATURE

Les 35 observations relevées dans la littérature, que nous exposons ci-après, sont celles de lipomatoses certaines, les mots "lipomatose" ou "hypertrophie graisseuse de la valvule iléo-caecale" se trouvant dans le compte-rendu histologique.

### OBSERVATIONS EDWARDS & ZANGARA :

Première observation : (CAS 4)

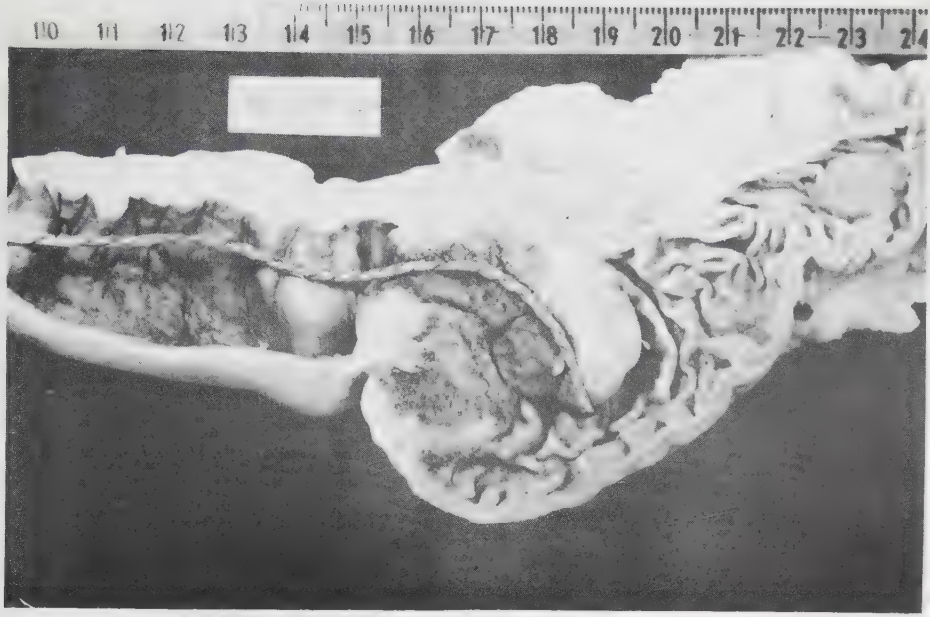
Une femme de 57 ans consulte pour deux crises de parésie intestinale survenues à trois mois d'intervalle, la deuxième crise s'étant accompagnée de selles légèrement hémorragiques.

Antécédents : hystérectomie et salpingo-ovariectomie bilatérale seize ans auparavant.

Examen physique négatif.

Lavement baryté : le colon se remplit rapidement. En réplétion, petit accrochage baryté au niveau de la jonction iléo-caecale. En évacuation, lacune mesurant 4 cm. de long sur 2 cm de large , régulière.

A l'intervention, la palpation du caecum révèle une masse assez molle, mobile, filante, au voisinage de la valvule iléo-caecale. L'iléon terminal,



**La valvule iléo-caecale est sténosée. Une ficelle a été disposée dans sa lumière.**

**En pointillé : fausse route due à un cathétérisme.**

**La lèvre inférieure de la valvule est complètement détruite par le cancer. La muqueuse de la lèvre supérieure est soulevée par une infiltration lipomateuse diffuse.**

**(Observation n° 3)**

le caecum, le colon ascendant et l'angle droit sont difficilement mobilisés à cause de nombreuses adhérences. La caecotomie montre que la valvule est le siège d'une infiltration graisseuse qui l'élargit, de la taille d'un petit beignet, se prolabant dans la lumière intestinale, l'obstruant presque.

Résection de la région impliquée, avec anastomose termino-terminale.

Suite opératoires normales.

Examen macroscopique : muqueuses caecale et iléale normales. Cependant infiltration graisseuse étendue de la muqueuse au niveau de la valvule iléo-caecale, ce qui donne une apparence très oedémateuse. La muqueuse elle-même est très congestive. Pas d'obstruction de la lumière mais l'épithélium muqueux de la valve est érodé, laissant apparaitre le tissu lipoïde d'infiltration.

Examen microscopique : les coupes faites à travers la valvule iléo-caecale sont caractérisées par une infiltration graisseuse marquée de la sous-muqueuse. L'épithélium muqueux est en partie ulcéré et infiltré de nombreux éosinophiles et de plasmocytes. Le tissu adipeux contient des aires d'infiltration du même type.

Diagnostic anatomo-pathologique : Infiltration graisseuse marquée de la sous-muqueuse de la valvule iléo-caecale, de l'iléon et du caecum adjacents.

Deuxième observation : (CAS 5)

Une femme de 55 ans est admise pour crises diarrhéiques répétées accompagnées de violentes douleurs abdominales sans vomissement, nausée ni ballonnement. Pas de perte de poids.

Antécédents : Dix ans auparavant , appendicectomie, salpingo-ovariectomie droite et cholecystectomie (lors d'une même opération).

Examen physique : abdomen adipeux sans tuméfaction, ni douleur, ni ballonnement.

Lavement baryté : sur le bord interne du caecum, on note une image lacunaire ronde bien délimitée, saillant dans la lumière du colon. Cette lacune mesure 4 cm. dans son plus grand diamètre et a un contour légèrement irrégulier. La plus grande pression supportable par la malade ne parvient pas à forcer l'iléon terminal.

On porte alors le diagnostic de tumeur maligne : épithélioma ou carcinoïde.

A l'intervention, on découvre de nombreuses adhérences. Une tumeur molle est palpée dans la région iléo-caecale. Hémicolectomie droite et anastomose termino-terminale. A part une thrombose veineuse post-opératoire jugulée par le traitement anti-coagulant, les suites opératoires sont normales. La malade n'a plus présenté aucun symptôme.

Examen macroscopique : A l'ouverture de la pièce opératoire, la valvule iléo-caecale apparait oedémateuse et sa muqueuse fait saillie dans le caecum, donnant un aspect comparable à un col utérin d'allure marécageuse, saillant dans le vagin. Un tout petit adénome de 0,5 cm. de diamètre est trouvé dans le caecum derrière la valvule iléo-caecale.

Examen microscopique : Les coupes de la valvule iléo-caecale montrent une muqueuse composée de hautes colonnes de glandes épithéliales activement sécrétantes, avec une membrane basale bien distincte. Le stroma entourant les glande est lâche et oedémateux et révèle une infiltration lymphocytaire généralisée ainsi qu'une aire localisée d'hémorragie interstitielle. Sous la tunica propria, on aperçoit de rares fibres musculaires lisses. Le reste du tissu sous-jacent consiste en tissu adipeux qui occupe et de loin, la plus grande partie de la préparation. La musculeuse est d'apparence normale. Ce qui avait été pris pour un tout petit adénome se révèle être une aire localisée d'hyperplasie lymphoïde.

Diagnostic anatomo-pathologique : Hypertrophie lipomateuse de la valvule iléo-caecale.

oOo

OBSERVATION RIGLER ET LASSER : (CAS 6)

Un homme de 44 ans est admis pour étude de son colon.

Antécédents : quatre adénomes bénins du colon enlevés chirurgicalement.

Un lavement baryté montre dans l'iléon terminal une image lacunaire polypoïde, lisse, que l'on peut rejeter manuellement dans le caecum. On pense qu'il s'agit d'un polype pédiculé partant de la muqueuse caecale en contiguité avec la valvule iléo-caecale et capable de se prolaber de façon rétrograde à travers la valvule.

On réexamine la région trois mois plus tard : on note une grande lacune au niveau de la valvule mais on ne peut reproduire le prolapsus.

Considérant la grande fréquence des dégénérescences malignes des polypes multiples du colon, on préconise une colectomie subtotale. L'intervention a lieu. L'iléon terminal et le colon ascendant sont longuement inspectés et palpés mais on n'y met aucun polype en évidence. On ne fait pas de caecotomie et on referme l'incision sans aller plus loin.

Six mois après, le malade revient pour un nouvel examen. Un lavement baryté avec double contraste aéro-baryté montre une nouvelle fois, une

lacune polypoïde à l'emplacement, ou immédiatement en-dessous de la lèvre inférieure de la valvule iléo-caecale. On pense alors qu'un polype a pu passer inaperçu lors de l'opération et l'on réintervient.

On décide de faire une colectomie subtotale d'emblée plutôt que de procédér à une caecotomie exploratrice initiale. Un petit polype de 5 mm. de diamètre est trouvé 2 cm. au-dessus de la valvule iléo-caecale. D'autres polypes plus petits sont trouvés à 5 cm. et I5 cm. au-dessus de la valvule.

Examen macroscopique : On note que la valvule iléo-caecale est jaune et considérablement épaissie, ayant presque l'apparence d'un lipome. Après fixation, la valvule apparait augmentée de volume mais non néoplasique. Elle peut être mobilisée facilement et le déplacement peut être fait soit vers l'iléon proche soit vers le caecum plus éloigné.

Examen microscopique : Aucune anomalie muqueuse. Il y a beaucoup de tissu aréolaire lâche s'étendant sous la muqueuse, la faisant saillir à une distance considérable au-dessus de la musculature.

oOo

OBSERVATIONS ZETTERGREN

Première observation : (CAS 7)

Une femme de 72 ans se plaint depuis un an de : distension abdominale avec gaz, pesanteurs épigastriques et rétrosternales, souvent accompagnées d'éructations. Ces troubles sont sans rapport avec les repas, mais s'accompagnent d'une importante salivation.

La malade est obèse, en bon état général, abdomen mou, non sensible, sans masse palpable.

Le lavement baryté révèle une image lacunaire correspondant sans doute possible à la valvule iléo-caecale dont on reconnait les deux lèvres et la lumière centrale. Cette image se projette tantôt sur le bord interne, tantôt sur le bord externe du caecum, selon les clichés, car le caecum est aisément mobilisable sous écran. Mais, cette lacune est irrégulière et déchiquetée. Elle apparait même sur les clichés sans compression excessive, sous un aspect marécageux et cernée d'un dégradé baryté.

On porte le diagnostic de tumeur maligne.

A l'intervention : résection iléo-caecale avec anastomose iléo-transverse. On sent une masse polypeuse molle à travers la paroi, à l'endroit suspect d'après les clichés. On pense qu'il ne s'agit probablement pas d'un

cancer, mais craignant la possibilité d'une dégénérescence maligne, on fait une hémicolectomie avec anastomose termino-terminale.

Examen macroscopique : La valvule iléo-caecale est irrégulièrement épaissie, de la taille d'une noix, et de consistance molle. Elle se projette dans le colon comme un col utérin dans le vagin. La muqueuse la recouvrant est partout mince et lisse. Le passage d'un crayon à travers la valvule est à peine possible. Les coupes au niveau de la valvule montrent que cet épaississement est dû à une grande accumulation de tissu mou, jaunâtre, ressemblant fortement à du tissu adipeux.

Examen microscopique : Accumulation extraordinairement importante de tissu graisseux localisé à la sous-muqueuse de la valvule iléo-caecale sur les surfaces aussi bien iléale que colique. Le tissu graisseux est disposé concentriquement par rapport à la lumière iléale. Au milieu de la valvule, il y a une bande de muscle lisse s'effilant graduellement vers les bords libres de la valvule et représentant une projection de la couche musculaire de la paroi intestinale. La muqueuse est intacte. Le tissu graisseux a l'air normal du point de vue histologique ; il ne s'agit pas ici d'un lipome vrai. Dans ce tissu, il y a de petits septa fibreux irradiant du muscle central vers la surface muqueuse ainsi que quelques vaisseaux et nerfs. Le tissu graisseux s'étend d'une manière continue de la valvule vers la sous-muqueuse de l'iléon et décroît graduellement jusqu'à environ 5 cm. de la valvule. Il y a un grand amas de tissu graisseux à la fois sous-séreux et rétro-péritonéal dans la région iléo-caecale.

Diagnostic anatomo-pathologique : Lipo-hyperplasie avec sténose de la région iléo-caecale.

Deuxième observation : (CAS 8 )

Il s'agit d'un homme de 71 ans, pour lequel fut porté le diagnostic de carcinome du colon avec tumeurs iléales (carcinoïdes). Depuis 20 ans, il se plaignait de sensation de distension abdominale et d'éructations. Il avait perdu 10 kilogs pendant l'année précédant son hospitalisation.

A son entrée : bon état général. Abdomen plutôt gras, de consistance molle. On trouve une masse arrondie et sensible à la palpation de la fosse iliaque droite.

Lavement baryté : Infiltration en virole du colon ascendant juste sous l'angle droit, de trois à quatre centimètres de long, avec une lumière réduite au diamètre d'un crayon.

Diagnostic : Carcinome du colon.

Opération : Résection iléo-caecale avec anastomose termino-latérale iléo-transverse.

L'angle colique droit est occupé par une grosse tumeur. Une tumeur de la taille d'une demi-prune est trouvée dans le grêle , à un mètre du caecum.

La grosse tumeur du colon se révèle microscopiquement être un adénocarcinome, la petite tumeur de l'iléon, un carcinoïde.

Il y a également un épaississement valvulaire irrégulier et mou. La muqueuse est lisse et régulière. La lumière de l'iléon terminal forme un passage rétréci qui permet néanmoins facilement l'introduction d'un crayon.

La surface de coupe des lèvres valvulaires est jaunâtre.

L'examen microscopique : la sous-muqueuse des versants iléal et caecal de la valvule contient un large amas de tissu graisseux histologiquement normal. Ce tissu graisseux décroit graduellement d'épaisseur jusqu'à quelques centimètres de la valvule, contenant de fins septa fibreux, irradiant du muscle lisse vers la muqueuse, et quelques petits vaisseaux. La muqueuse est intacte.

On ne peut mettre en évidence aucune connection entre le tissu graisseux sous-muqueux et la grande accumulation de graisse sous-séreuse malgré le grand nombre de coupes faites tout le long de la valvule.

Diagnostic anatomo-pathologique : Lipohyperplasie de la valvule iléo-caecale.

oOo

OBSERVATION CASTLEMAN ET TOWNE : (CAS 9)

Une femme de 53 ans présente depuis 9 mois des périodes de douleurs abdominales diffuses à type de crampes, durant deux ou trois jours, accompagnées de diarrhée et la réveillant parfois la nuit.

Depuis quelques mois, elle a exclu d'elle-même les légumes frais de son alimentation les rendant responsables de ses troubles. Les douleurs vont bientôt se localiser dans la région para-ombilicale et devenir plus fréquentes. La diarrhée s'accentue avec néanmoins une première selle normale le matin, précédant d'autres selles diarrhéiques. Pas d'amaigrissement.

Il y a 15 ans, hystérectomie.

A l'examen , il s'agit d'une femme obèse en bon état général. La palpation abdominale révèle un caecum volumineux et douloureux mais sans modification morphologique.

Le lavement baryté remplit facilement le caecum. Nombreux diverticules des colons descendant et sigmoïde. A l'intérieur du caecum , dans

la région de l'iléon terminal apparaît une masse sphérique de 6 centimètres de diamètre, constante sur tous les clichés. Elle n'est pas sensible et ne peut être perçue à travers la paroi abdominale. Elle semble être en relation étroite avec la valvule iléo-caecale, mais ne provoque aucune obstruction. La baryte passe aisément à travers la valvule. On ne peut préciser son siège extra ou intra caecal. Ses contours sont réguliers et elle ne semble pas adhérer aux tissus environnants.

On penche alors vers le diagnostic clinique de lipome de la valvule iléo-caecale.

Un hémicolectomie est pratiquée.

Le diagnostic anatomo-pathologique est : valvule iléo-caecale lipomateuse faisant saillie.

CASTLEMAN dit par ailleurs : "La valvule iléo-caecale était de grande taille (5 cm. de circonférence) très mobile et donnait probablement lieu à une intussusception intermittente. L'hypertrophie était dûe à un "formidable" dépôt de tissu graisseux sous-muqueux. Nous avons connaissance de plusieurs cas de ce type et nous ne sommes pas certains qu'il s'agisse de lipomes ou simplement de valvules iléo-caecales graisseuses"...

oOo

OBSERVATION SAUER, HODGSON, MAYNE & JUDD : (CAS I0)

Un homme de 67 ans présente des rectorragies survenant périodiquement depuis deux ou trois ans. Il a subi neuf ans auparavant une gastrectomie sub-totale pour perforation d'ulcère duodénal.

Il mesure I m. 73 et pèse 78 kg, 500. Bon état général. Examen physique négatif.

Les clichés du moignon gastrique sont normaux. La rectoscopie découvre un polype pédiculé appendu à I4 cm. au-dessus de l'anus. La biopsie montre qu'il s'agit d'un adénocarcinome non infiltrant du premier degré inférieur sur un polype adénomateux.

Lavement baryté normal (seule apparait l'image de ce polype. On traite ce dernier par fulguration).

Dix mois plus tard, une nouvelle rectoscopie découvre un deuxième petit polype à I7 cm. que l'on traite par fulguration.

Le lavement baryté montre une lésion polypoïde, dans le caecum, exactement à la jonction iléo-caecale. Le radiologiste pense qu'il s'agit probablement d'un grand polype adénomateux mais à cause du siège de la lésion il ne peut exclure formellement une hypertrophie valvulaire.

A l'intervention, on trouve dans la région du caecum une masse ayant les caractères d'un polype. Après caecotomie, on découvre que ce qu'on pensait être un polype d'après les clichés et la palpation, est bien à première vue une hypertrophie de la valvule iléo-caecale.

L'examen anatomo-pathologique confirme le diagnostic de lipomatose de la valvule iléo-caecale.

Les suites opératoires sont satisfaisantes.

La conduite opératoire n'est pas précisée. Il y a probablement eu abstention car le diagnostic anatomo-pathologique a été fait par biopsie (ceci est mentionné dans l'article).

On ne sait pas s'il y a eu guérison à proprement parler.

oOo

OBSERVATIONS SEABROOK, STEVENS, SCHOLL & NOHLGREN :

Première observation : (CAS II)

Une femme de 68 ans entre à l'hôpital pour rectorragies répétées.

Antécédents : Gastroentérostomie pour ulcère. 5 ans auparavant, hémorragies rectales de sang rouge abondantes ayant nécessité des transfusions sanguines.

Le lavement baryté ne découvre alors que de nombreux diverticules sigmoïdiens.

Un nouvel examen radiologique confirme la diverticulose sigmoïdienne et montre un caecum normal. Rectoscopie normale.

On fait une résection du colon sigmoïde. Le colon entier est soigneusement inspecté et palpé : aucune anomalie n'est trouvée. L'examen anatomo-pathologique de la pièce opératoire ne révèle aucun point de saignement.

Le sixième jours après l'opération, mélaena de grande abondance entrainant un état de choc.

Une nouvelle intervention a lieu pendant laquelle une palpation soigneuse du colon sur toute sa longueur note seulement une "légère impression d'épaississement" au niveau du caecum. La caecotomie révèle un iléum "faisant la moue" de couleur quelque peu jaunâtre évoquant une lipomatose diffuse. Le sang coule à flot par une fine ulcération siégeant sur la valvule. Hémicolectomie avec anastomose termino-terminale.

Diagnostic anatomo-pathologique : Lipomatose sous-muqueuse de l'iléon terminal avec prolapsus, inflammation chronique légère et oedème.

Deuxième observation : (CAS I2)

Une femme de 59 ans se plaint de constipation, de distension abdominale et de rectorragies.

Antécédents : ulcère duodénal (ayant saigné) disparu après traitement médical . Un lavement baryté pratiqué alors, montre une lacune dans le caecum.

Récemment, au décours d'un lavement baryté, survient une hémorragie rectale abondante de sang rouge entraînant une syncope sur la voie publique.

Examen physique normal. Pâleur, distension abdominale modérée. Légère anémie.

On pense à un carcinome caecal et on intervient.

Le chirurgien note alors qu'à l'intérieur du caecum, on palpe une masse polypoïde molle". Le reste de l'abdomen est normal exception faite de nombreux diverticules sigmoïdiens. L'iléon terminal et le colon ascendant sont réséqués avec anastomose latéro-latérale.

Diagnostic anatomo-pathologique : hernie de la muqueuse iléale à travers la valvule iléo-caecale apparemment due à une lipomatose avec érosion superficielle de la muqueuse.

Troisième observation : (CAS I3)

Une femme de 35 ans se sent fatiguée et présente une dyspnée d'effort. Une numération globulaire révèle une anémie que l'on traite par le fer et les vitamines.

Plus tard , apparaissent des douleurs para-ombilicales, de l'anorexie et un tremblement. Un méloena survient que n'accompagne aucun autre symptôme intestinal. Amaigrissement de 5 kilogs en six mois.

Lavement baryté : image lacunaire caecale près de la valvule iléo-caecale.

Examen physique normal.

On pose le diagnostic de gros polype du caecum.

A l'intervention, le chirurgien palpe une masse molle polypoïde dans le caecum. La caecotomie fait découvrir le prolapsus intra-caecal de la muqueuse iléale, muqueuse d'ailleurs indurée et ulcérée. Hémicolectomie avec anastomose termino-terminale.

Diagnostic anatomo-pathologique : Prolapsus de la muqueuse iléale, secondaire à une lipomatose sous-muqueuse.

oOo

OBSERVATION BOYDEN : (CAS I4)

(Rapportée par un auditeur de l'exposé de SEABROOK et coll.)

Un homme de 69 ans est hospitalisé pour des hémorragies rectales abondantes et répétées. La rectoscopie découvre à I5 cm. un petit polype avec foyer de carcinose in situ.

Sur les lavements barytés, on note une image valvulaire douteuse, variable en fonction de la contraction du caecum, ainsi qu'une diverticulose sigmoïdienne.

L'intervention a lieu . On ne sent rien à la palpation du caecum ; on fait une caecotomie. La valvule est représentée par un large anneau "faisant la moue". Comme on ne voit pas d'ulcération, on fait une appendicectomie et l'on referme sans faire de résection colique.

Huit jours après sa sortie de l'hôpital il revient pour de nouvelles hémorragies abondantes, accompagnées de douleurs abdominales légères.

Nouveau lavement baryté : sur le cliché en réplétion, on note une image iléo-caecale normale. Sur le cliché en évacuation, on porte à nouveau le diagnostic de prolapsus iléal

Nouvelle intervention : hémicolectomie (au cours des manipulations opératoires, le caecum est brutalement inondé de sang).

Examen macroscopique de la pièce : Pétéchies sur la muqueuse. Pas d'ulcération vraie.

Examen microscopique : Lipomatose sous-muqueuse typique très accentuée avec un petit foyer d'infiltration inflammatoire. La muqueuse est intacte.

Le malade ne saignera plus par la suite.

oOo

OBSERVATION MOORE : (CAS I5)

(Egalement rapportée par un auditeur de l'exposé de SEABROOK)

Une femme de 30 ans présente des douleurs de la fosse iliaque droite, sans hémorragie.

Le lavement baryté montre un aspect tumoral de la valvule iléo-caecale, qui fait porter le diagnostic de polype.

A l'intervention, l'on ne voit ni ne palpe rien. Après caecotomie, la valvule a un aspect de "beignet" jaune. On passe un doigt à travers la valvule et l'on sent un gros dépôt de graisse dans la sous-muqueuse. Hésitant à faire une hémicolectomie pour une telle lésion, on fait une excision de la valvule.

Guérison parfaite.

oOo

OBSERVATION LEHMANN : (CAS I6)

Un homme de 59 ans, obèse, a présenté en I945 un peu de sang rouge dans les selles pendant deux ou trois jours , que l'on a rapporté à des hémorroïdes.

Alternance de diarrhée et de constipation.

En 1950, deuxième petite hémorragie de sang rouge.

En I955, le malade se plaint de digestions lentes avec ballonnement

En I956, douleurs vives de la fosse iliaque droite.

Un lavement baryté (I957) est suspect et laisse supposer une lésion néoplasique.

L'état général est alors excellent : bon appétit, pas d'amaigrissement. Le caecum est un peu gros, résistant à la palpation, douloureux.

Intervention : Prolapsus endocaecal de la valvule de Bauhin avec Bauhinite . Résection iléo-caecale. Le palper transcaecal permet de sentir une masse mollasse, circulaire qui doit être la valvule de Bauhin décelée sur les clichés radiographiques. La caecotomie montre une valvule prolabée dans le caecum sous forme d'un gros bourrelet semblable à un bourrlet de prolapsus hémorroïdaire, sans tuméfaction muqueuse néanmoins, mais avec un oedème très caractéristique. On pense qu'il pourra y avoir la l'amorce d'une invagination iléale ultérieure. Pour cette raison, et aussi vu l'ectasie caecale et le manque d'accolement du mésocolon droit qui favoriserait un volvulus,on croit plus simple de corriger cette triple malformation par une résection iléo-caecale. Réimplantation de l'iléon sur la bandelette antéro-interne du colon à 4 ou 5 cm. du nouveau bas-fond.

Examen anatomo-pathologique : la valvule de Bauhin est distendue de manière considérable par une infiltration oedémateuse et adipeuse de la sous-muqueuse. Toute celle-ci est en effet comblée par de multiples lobules graisseux d'assez grande taille et plus ou moins dissociés par une infiltration oedémateuse ; il y a peu de vaisseaux, mais on observe fréquemment les images de segments d'arrêt. Sans avoir exactement la valeur d'un lipome car il n'y a pas de limitation franche , on peut soupçonner une lipomatose comme étant à l'origine du mécanisme d'invagination.

Mais peut être , faut-il penser au contraire que les troubles vasculaires secondaires à une invagination primitive, ont favorisé le développement de cette lipomatose.

oOo

OBSERVATIONS CABAUD & HARRIS :

Première observation:(CAS I7)

Une femme de 58 ans, se plaint de douleurs intermittentes de la fosse iliaque droite depuis deux mois, associées à une distension abdominale et flatulence. Les examens radiologiques du colon montrent une image lacunaire dans la région de la valvule iléo-caecale.

A la laparotomie, le caecum apparait modérément dilaté et il y a une tumeur molle et ronde à l'endroit de la valvule . Il y a également une masse de graisse oedémateuse et épaissie dans le méso-colon, juste sous le caecum.

Hémicolectomie droite.

Examen anatomo-pathologique : La tumeur valvulaire est composée de tissu adipeux bien différencié sous-muqueux.

Les suites opératoires sont bonnes. Aucune rechute douloureuse abdominale dans les deux années suivantes.

Deuxième observation : (CAS I8)

Une femme de 49 ans présente des crises de diarrhée, de crampes abdominales et de vomissements depuis trois ans. Ces crises sont devenues de plus en plus fréquentes.

L'examen radiologique du colon révèle une tumeur au niveau de la valvule iléo-caecale "qui pourrait bien être soit un carcinome polipoïde, soit ainsi qu'on l'appelle, une hypertrophie de la valvule".

A la laparotomie, on trouve de nombreuses adhérences au niveau de l'iléon terminal et du caecum. On palpe une masse polypoïde molle dans la région de la valvule iléo-caecale et grâce à une caecotomie, on peut voir qu'il s'agit d'une valvule hypertrophiée et prolabée.

On résèque le caecum et l'iléon terminal avec anastomose termino- terminale.

Examen anatomo-pathologique : La tumeur est composée de tissu adipeux quelque peu oedémateux non encapsulé, situé entre la muscularis mucosae et la musculeuse.

Les suites opératoires sont bonnes, mais six mois plus tard, nouvelle hospitalisation pour un syndrome douloureux épigastrique aigu. On porte le diagnostic d'ulcère duodénal et le traitement médical fait régresser les symptômes. Cependant, trois ans plus tard, la malade revient à l'hôpital pour hématémèse. Une gastrectomie sub-totale est alors pratiquée.

Actuellement, plus de six ans après la première intervention pour lipomatose de la valvule iléo-caecale, la patiente continue à souffrir de dou-

leurs hautes gastro-intestinales, qui ne sont pas en relation, semble-t-il, avec ses précédentes douleurs.

Troisième observation : (CAS.I9)

Une femme de 43 ans, porteuse d'hémorroïdes, se plaint de diarrhées durant depuis un an, avec rectorragie récente de sang rouge.

Le lavement baryté révèle une lacune dans le caecum. On pratique une résection du caecum et de l'iléon terminal avec anastomose termino-terminale.

L'examen anatomo-pathologique montre un anneau de graisse de 1 cm. d'épaisseur entourant l'ouverture de la valvule iléo-caecale et se prolabant de 2 cm. dans le caecum. La muqueuse est localement hémorragique. La coupe montre un abondant tissu adipeux juste sous la muscularis mucosae et une inflammation chronique de la muqueuse de l'iléon terminal.

Lors de la laparotomie, on note que la vésicule biliaire est pleine de calculs. Une cholecystectomie est pratiquée trois ans plus tard.

La malade ne présente plus de douleurs par la suite.

Quatrième observation : (CAS 20)

Une femme de 47 ans présente périodiquement des crises douloureuses abdominales depuis 4 ans. Vingt-quatre heures avant son admission, est apparue une douleur abdominale continue intense, avec sensibilité de la fosse iliaque droite. Leucocytose à I6. 650 avec 68% de polynucléaires neutrophiles.

On porte le diagnostic d'appendicite aiguë et on intervient. On découvre une diverticulite aiguë du caecum et l'on pratique une résection de l'iléon terminal, du caecum et du colon ascendant.

En plus, on constate un dépôt proéminent de tissu adipeux sous la muqueuse d'une valvule iléo-caecale épaissie et en prolapsus.

Cinquième observation: (CAS 2I)

Une femme de 38 ans entre à l'hôpital pour une douleur abdominale qui a débuté plusieurs jours auparavant dans la fosse iliaque droite, s'accompagnant de nausées. La douleur se localise dans la région sus-pubienne et paraombilicale.

On note une sensibilité profonde de la région sus-pubienne. Depuis quelques années, elle a présenté des douleurs semblables mais moins prononcées.

Cholécystographie normale.

Lavement baryté : tumeur dans la région de la valvule iléo-caecale.

Intervention : on excise un anneau de tissu graisseux sous la muqueuse de la valvule iléo-caecale.

Deux mois plus tard , la malade ressent une légère douleur abdominale haute, mais les douleurs abdominales basses ont disparu.

Sixième observation : (CAS 22 )

Une femme de 57 ans a des périodes douloureuses de la fosse iliaque droite depuis trois ans. L'ablation d'un appendice atrophique a été pratiquée à la suite d'une crise récente, sans amélioration. Les examens radiologiques gastro-intestinaux et vésiculaires sont normaux, sauf au niveau du caecum où l'on trouve une lacune.

L'iléon terminal et le caecum sont réséqués.

Il y a une accumulation de tissu adipeux sous la muqueuse de la valvule iléo-caecale. La muqueuse de l'iléon terminal est le siège d'une inflammation chronique.

Par la suite, la malade présente a nouveau des douleurs de la fosse iliaque droite.

Septième observation : (CAS 23)

Un homme de 47 ans se plaint de pesanteur hypogastrique continue depuis plusieurs mois.

Le lavement baryté montre une image lacunaire dans la région de la valvule iléo-caecale.

On fait une résection de l'iléon terminal et du caecum, et l'on découvre le prolapsus d'une valvule hypertrophiée dans le caecum ; adiposité importante de la sous-muqueuse.

Les suites opératoires sont normales et quatre ans plus tard, les symptômes abdominaux ne sont pas réapparus.

Huitième observation : (CAS 24)

Un homme de 52 ans présente une douleur abdominale aiguë depuis une semaine.

La fosse iliaque droite est spontanément douloureuse et sensible à la palpation. Température à 38°. Leucocytose à I5. I50 avec 79% de polynucléaires neutrophiles.

La laparotomie découvre une diverticulite aiguë du caecum et, à cause d'une réaction inflammatoire étendue, on décide de traiter le malade par l'antibiothérapie, à laquelle il réagit favorablement.

Six semaines plus tard, on fait une résection de l'iléon terminal, du caecum et du colon ascendant proximal.

En plus d'une diverticulite subaiguë et chronique du caecum, on découvre une valvule iléo-caecale augmentée de volume et prolabée avec accumulation sous-muqueuse de tissu adipeux.

Neuvième observation : (CAS 25)

Une femme de 58 ans est hospitalisée pour anémie sévère. Depuis quelques années, elle présente des crises diarrhéiques.

Les examens radiologiques du colon révèlent une diverticulite du caecum avec un aspect muqueux anormal qui évoque un cancer.

L'iléon terminal, le caecum et le colon ascendant sont réséqués.

En plus, d'une diverticulite suppurée du caecum, il y a une accumulation graisseuse diffuse de la valvule iléo-caecale. Il y a également une masse de tissu adipeux sous-muqueux, ovoïde, circonscrite et pédiculée, mesurant 2 cm. de diamètre, s'engouffrant dans la lumière d'un des diverticules de la paroi caecale latérale.

Dixième observation : (CAS 26)

Une femme de 53 ans se plaint de douleurs épigastriques post-prandiales et de distension gazeuse de l'abdomen depuis un mois. Elle est obèse.

Six ans auparavant, à PORTO-RICO, une intervention a été pratiquée sur ses ovaires, mais on ne peut déterminer de quoi il s'agit.

L'examen radiologique révèle une lacune dans le caecum, que l'on suppose être une infiltration lipomateuse de la valvule iléo-caecale.

A l'intervention, on excise l'anneau de tissu adipeux sous la muqueuse de la valvule iléo-caecale.

Quatre mois après, aucun symptôme n'est réapparu.

OBSERVATION SALEM & McGEE (CAS 27)

Une femme de 35 ans consulte pour des douleurs abdominales droites durant depuis un an et demi. Ces douleurs sont de caractère périodique, siégeant le plus souvent dans la fosse iliaque droite, parfois au niveau de l'épigastre, à type de coliques, associées à des nausées sans vomissement.

Aucun passé digestif, pas de mélaena ni de diarrhée.

Amaigrissement. Laxatifs pris de façon coutumière.

Antécédents : appendicectomie.

Examen physique : obésité. Petite hernie dans la fosse iliaque droite mais pas de douleur provoquée, pas de tuméfaction . Rectoscopie normale. Examens de laboratoire normaux.

Lavement baryté : image lacunaire de 3 à 4 cm. de diamètre juste à la jonction du caecum et du colon ascendant.

Une exploration chirurgicale est faite : on dégage des adhérences marquées entre la paroi abdominale, l'iléon et le caecum . On mobilise le colon droit pour mieux l'exposer et une inspection prudente ne révèle aucune anomalie au niveau de la séreuse. A la jonction de l'iléon terminal et du caecum on perçoit à l'interieur de la lumière, une structure anormale plutôt molle.

Caecotomie : la valvule iléo-caecale est le siège d'une infiltration graisseuse particulière qui est ferme par endroits. La valvule elle-même permet le passage d'un doigt dans l'iléon terminal. Les lèvres valvulaires mesurent de I,5 cm. à 2,5 cm. de diamètre.

Une biopsie de la valvule hypertrophiée ne révèle aucun tissu anormal.

On fait une réparation plastique par excision partielle de la valvule en trois endroits distants l'un de l'autre d'environ I,5 cm laissant entre eux la muqueuse normale intacte. Puis on suture ces endroits réséqués, dans l'espoir que la cicatrisation une fois obtenue, interdise le prolapsus valvulaire dans le caecum, sans toutefois causer de sténose de la valvule.

Les suites opératoires sont normales.

La malade est suivie pendant six mois : on note une disparition complète de ces symptômes abdominaux.

Un lavement baryté fait quatre mois après l'intervention, montre une amélioration de l'aspect du caecum dont les contours sont réguliers. On note également un léger reflux baryté dans l'iléon terminal.

Anatomo-pathologie : un amas important de graisse compose la plus grande partie du tissu.

L'examen microscopique montre la muqueuse colique, la lamina propria et la muscularis mucosae. On note de la graisse d'apparence normale, sous-jacente à la muscularis mucosae. Il n'y a pas d'ulcération de la muqueu-

se. Dans la lamina propria, se trouvent quelques cellules inflammatoires chroniques et de nombreuses cellules pigmentaires.

o Oo

OBSERVATIONS BOYLSTON & SHIELDS :

Première observation : (CAS 28)

Une femme de 70 ans (60,800 kg. pour I,60) présente une rectorragie de sang rouge.

Antécédents : I4 ans auparavant, cancer du col (radiothérapie et hystérectomie).

A 65 ans, apparition de douleurs abdominales basses, intermittentes, à type de crampes, accompagnées d'épisodes diarrhéiques sans glaires ni sang. La malade attribue ses troubles à un régime alimentaire excessif ou à sa nervosité. Elle se plaint de compression abdominale haute avec irradiation dans le dos et parfois dans le bras droit, l'épaule et l'épigastre. Quelquefois, la douleur la réveille la nuit.

L'examen radiologique montre plusieurs calculs vésiculaires, une importante diverticulose du sigmoïde et du colon descendant ; et une irritation de la région sigmoïde.

De brefs épisodes diarrhéiques se succèdent ainsi pendant cinq ans; dernièrement elle remarque la présence de sang rouge foncé dans ses selles. L'hémorragie stoppe d'elle-même quatre jours plus tard . Il n'y a pas de masse abdominale palpable.

Un lavement baryté révèle de nombreux diverticules du sigmoïde et du colon descendant. Au niveau de la valvule iléo-caecale, on note une image lacunaire arrondie, de 4 cm. de diamètre. L'image est mieux vue sous compression, et est constante. Initialement, le radiologiste a cru qu'il s'agissait d'un cancer de la valvule.

Un transit baryté révèle un diverticule du grêle et de nouveau l'image lacunaire se dessine au niveau de la valvule de Bauhin. Les techniques de compression précisent que cette lacune entoure l'orifice de l'iléon. Sur plusieurs clichés, cette image a une forme de rosette suggérant une hernie de la muqueuse iléale à travers la valvule.

La laparotomie exploratrice montre de nombreux diverticules coliques et de nombreux calculs. Une tumeur molle, ayant les caractères d'une valvule iléo-caecale prolabée, est perçue dans le caecum.

Le caecum est réséqué et l'on fait une anastomose termino-terminale entre l'iléon et le colon ascendant. Cholécystectomie.

Examen anatomo-pathologique :

Examen macroscopique : Les lèvres valvulaires apparaissent hyperémiées. Mesurant 2 cm. de diamètre, elles font une saillie de I,5 cm. dans la lumière caecale. Au-dessus et au-dessous de la valvule, juste contre ses lèvres, se trouvent de gros plis muqueux, qui accroissent le diamètre global de la valvule à environ 3,5 cm. Ces plis sont d'aspect graisseux et ont une disposition plus horizontale que circulaire.

Examen microscopique : Sous-muqueuse extrêmement lâche, composée surtout de tissu graisseux normal. Bien que ce tissu graisseux soit très hyperplasié, rien n'évoque un remaniement néo-plasique. Quelques vaisseaux sanguins sous-muqueux sont dilatés, mais on ne note aucune surface hémorragique ; aucun remaniement inflammatoire important.

Cinq ans après l'intervention, il n'y a plus eu d'hémorragie mais la diarrhée est réapparue par intermittences avec douleur de la fosse iliaque gauche.

Deuxième observation : (CAS 29)

Une femme de 65 ans (7I,200 kgs pour I,57 m.) se plaint de crampes douloureuses abdominales basses rapidement suivies par plusieurs rectorragies de sang rouge.

Antécédents : Hystérectomie

I0 ans auparavant apparait une douleur de la fosse iliaque gauche à type de pesanteur. L'examen radiologique montre une légère déformation du bas-fond caecal avec rétrécissement et une petite lacune polypoïde dans cette région. Le radiologiste se demande s'il ne s'agit pas là d'un moignon appendiculaire inversé.

Un an auparavant , la malade est anémiée (3.590.000 globules rouges Taux d'Hb 93%. Vitesse de sédimentation : 60 mm à la première heure).

Le lavement baryté est difficile. Les clichés montrent un dolichomégacolon. Un cliché suggère une image radioluminescente. Un nouvel examen est pratiqué avec contraste gazeux qui "confirme" la suspicion de polype sigmoïdien. Le reste du colon est en gros normal.

Le taux d'Hb tombe à 78%. Les hématies à 2.950.000. On ne palpe aucune masse abdominale. Un nouvel examen radiologique montre un polype le long de la paroi interne dans le fond du caecum. Ce polype qui mesure I,5 cm. est fixe et a une large base d'implantation.

Après cet examen, la malade continue de temps à autre à avoir du sang dans ses selles.

La laparotomie exploratrice montre un accollement de plusieurs anses iléales et du colon. Le caecum adhère au grand épiploon. A la caecotomie, on note que la valvule iléo-caecale est volumineuse et de teinte jaune, évoquant un amas de graisse sous la muqueuse.

Une colectomie droite est pratiquée, enlevant 25 cm. environ de l'iléon terminal.

Examen macroscopique : Petit nodule mou dans la partie moyenne du caecum. Ce nodule mesure 1 cm. de diamètre et n'est pas ulcéré. Il y a une masse molle irrégulière de 3,5 cm. de diamètre dans la région de la valvule iléo-caecale. La valvule mesure 3,5 cm. de diamètre. Elle est de couleur jaune pâle et parait très épaissie. A sa surface, se trouve une petite quantité de sang. La valvule est douce et veloutée au toucher. Sa section révèle juste sous la muqueuse, une accumulation de tissu adipeux finement lobulée, jaune.

Diagnostic anatomo-pathologique : lipomatose (lipohyperplasie) de la valvule iléo-caecale et polype adénomateux du caecum.

Plus de deux ans se sont écoulés depuis cette intervention. La malade n'a plus eu d'hémorragie. Sa numération sanguine est normale.

Troisième observation : (CAS 30)

Une femme de 47 ans ressent brusquement des douleurs abdominales à type de crampes, à la suite desquelles elle émet plusieurs selles molles, l'une d'elles étant principalement constituée par du sang rouge vif, gélatineux.

Le lendemain, les crampes abdominales réapparaissent et une fois encore, une masse gélatineuse de sang rouge vif est émise dans les selles.

Cette femme était suivie depuis I0 ans pour céphalée et obésité (8I,600 kgs pour I,62 m.). Par ailleurs, adénome bénin du sein gauche et irrégularités menstruelles.

Un mois plus tard, nouvel épisode de crampes douloureuses abdominales et nouvelle rectorragie abondante.

Il n'y a pas de masse abdominale palpable.

Le chirurgien qui examine la malade porte le diagnostic provisoire de lipomatose de la valvule iléo-caecale et donne des directives au radiologiste pour mettre la lésion en évidence.

Le lavement baryté montre alors une image dense, polypoïde dans la portion moyenne du caecum. A ce niveau, une valvule iléo-caecale légèrement proéminente , fait saillie dans le caecum. Le radiologiste remarque que la taille de cette valvule n'est pas inhabituelle, mais "qu'elle est peut-être enveloppée dans une accumulation de graisse sous-muqueuse".

La laparotomie exploratrice montre un épiploon adhérent à une ancienne cicatrice d'appendicectomie. Un petit fibrome est perçu dans l'utérus. La palpation de la valvule iléo-caecale révèle un épaississement.

Caécotomie : valvule iléo-caecale hypertrophiée de couleur jaune orangée. La surface muqueuse est couverte de petits points hémorragiques en aires.

Hémicolectomie droite avec iléo-transversostomie termino-terminale.

L'examen macroscopique montre que la valvule iléo-caecale a une épaisseur de 2,5 cm. et mesure 2,5 cm. dans son plus grand diamètre. Soulevant la muqueuse de la valvule, se trouve une masse de couleur jaune or, douce au toucher. Eparpillées sur cette masse se trouvent de petits points d'hémorragies pétéchiales.

Les coupes valvulaires révèlent que quelques portions de la surface sont recouvertes par une muqueuse de type iléal et contiennent un épais stroma villeux de hauteur uniforme. En d'autres endroits, la surface est recouverte par une muqueuse de type colique.

La sous-muqueuse se compose presque entièrement de tissu adipeux adulte.

Presque partout, les membranes intra-cellulaires sont extrêmement fines et contiennent des noyaux allongés, effilés en tête d'épingle. On ne remarque aucune infiltration inflammatoire chronique . Aucun aspect cancéreux.

Diagnostic anatomo-pathologique : Lipomatose (lipohyperplasie) de la valvule iléo-caecale.

Deux ans après l'opération, la malade ne présente plus ni hémorragie, ni douleurs abdominales.

oOo

OBSERVATIONS BEIQUE, CHAMPOUX & PLANTE :

Première observation : (CAS 31)

Une femme de 48 ans (58 kilogs) présente une constipation opiniâtre, un ballonnement après les repas, des coliques intestinales fréquentes et des malaises généralisés à tout l'abdomen, depuis deux ans et demi. Elle aurait noté, à l'occasion, la présence de sang dans les selles.

L'examen révèle une légère douleur à la palpation de la fosse iliaque droite.

Un lavement baryté montre la présence d'une image suggestive de lipomatose.

Laparotomie et caecotomie : au niveau de la valvule, un élargissement arrondi donne l'impression d'un museau de tanche. L'orifice laisse à peine passer le bout de l'index.

Hémicolectomie droite avec anastomose termino-terminale.

Examen anatomo-pathologique : accumulation graisseuse entre la muscularis mucosae et les musculeuses propres du caecum.

Les suites post-opératoires sont normales et la malade se porte bien après 38 mois.

Deuxième observation : (CAS 32)

Une femme de 38 ans (60,800 kilogs) accuse depuis un an et demi des douleurs vives de la fosse iliaque droite à type de crampes, accompagnées de flatulence et de constipation.

La palpation de la fosse iliaque droite est douloureuse : pas de masse.

Le lavement baryté montre une image d'élargissement de la valvule et la malade subit une laparotomie.

A la caecotomie , on note un bourrelet graisseux de lipomatose et la malade subit une hémicolectomie droite, segmentaire avec anastomose termino-terminale.

Examen anatomo-pathologique : adiposité anormale de la sous-muqueuse au niveau de la valvule iléo-caecale.

Les suites opératoires sont normales, et la malade se porte bien depuis 2I mois ; ses symptômes ont disparu, il ne persiste que de rares douleurs de la fosse iliaque droite.

Troisième observation : (CAS 33)

Une femme de 53 ans (76,200 kilogs) note depuis quatre ans la présence de douleurs à type de coliques, dans la région péri-ombilicale, accompagnées de flatulence, d'alternance de diarrhée et de constipation ; elle est fréquemment nauséeuse.

Cette malade a eu un mélaena à plusieurs reprises. L'examen révèle une sensibilité à la palpation de la fosse iliaque droite.

La radiologie est en faveur de la lipomatose

Hémicolectomie droite avec anastomose termino-terminale.

Le rapport anatomo-pathologique est identique aux précédents.

Les suites post-opératoires sont normales et depuis 20 mois la patiente se dit très améliorée. Elle accuse toutefois, de petites douleurs occasionnelles dans le bas-ventre ainsi qu'une constipation légère.

Quatrième observation : (CAS 34)

Une femme de 35 ans (76,200 kilogs) présente depuis deux ans une alternance de constipation et de diarrhée, un ballonnement et fréquemment des nausées avec vomissements alimentaires.

Douleur à la palpation profonde de la fosse iliaque droite.

Le lavement baryté révèle une lésion valvulaire et la malade est soumise à une hémicolectomie droite avec anastomose termino-terminale.

Rapport anatomo-pathologique : Lipomatose.

Les suites post-opératoires sont normales et depuis 20 mois la patiente ne ressent plus aucun symptôme.

Cinquième observation : (CAS 35)

Une femme de 50 ans accuse depuis environ I0 ans des douleurs abdominales sous forme de coliques, suivies de diarrhée, ainsi que de la flatulence post-prandiale. Ce syndrome apparait par période.

A l'examen , il existe une légère sensibilité à la palpation de la fosse iliaque droite.

Le lavement baryté est superposable aux précédents et la patiente subit une hémicolectomie droite avec anastomose termino latérale.

Examen microscopique : lipomatose.

Les suites post-opératoires sont normales et seize mois après l'opération, la patiente déclare ses symptômes disparus, sauf une diarrhée occasionnelle qu'elle attribue à sa nervosité.

Sixième observation : (CAS 36)

Une femme de 36 ans (55,400 kilogs) présente depuis deux ans des vomissements fréquents, avec ballonnement, une alternance de constipation et de diarrhée et de douleurs de la fosse iliaque droite. Elle aurait eu un mélaena à plusieurs reprises .

La palpation de la fosse iliaque droite est douloureuse.

Le lavement baryté révèle des anomalies valvulaires du même type que les précédentes. Hémicolectomie droite avec anastomose termino-terminale.

Rapport anatomo-pathologique : Lipomatose de la valvule iléo-caecale.

Les suites post-opératoires sont sans particularité et quinze mois après l'intervention, la patiente n'accuse plus aucun symptôme.

Septième observation : (CAS 37)

Une femme de 37 ans (55,800 kilogs) présente depuis trois ans des douleurs abdominales intermittentes, une constipation opiniâtre, de la flatulence, des nausées avec vomissements occasionnels , du mélaena à plusieurs occasions et des rectorragies.

La palpation de la fosse iliaque droite ne décèle aucune douleur.

Le lavement baryté suggère une lipomatose.

Hémicolectomie droite avec anastomose termino-latérale.

Le rapport anatomo-pathologique décrit l'état adipeux anormal de la valvule et aussi une petite ulcération où se trouvent des cellules épithélioïdes avec quelques cellules géantes.

On émet alors la possibilité de tuberculose caecale ; toutefois le reste du caecum et du grêle est sans particularité.

Les suites post-opératoires sont normales et après I0 mois la malade est en parfaite santé.

oOo

OBSERVATION WOLOSCHUK & KING : (CAS 38)

Un homme de 75 ans, éthylique avéré depuis 35 ans, affligé d'une obésité marquée (I08,900 kilogs pour Im. 77), est hospitalisé pour intoxication barbiturique (57 grains d'amytal sodique)

A l'examen physique, l'abdomen n'offre aucun signe pathologique autre que l'obésité.

Malgré la thérapeutique instituée, le patient fait une broncho-pneumonie et une cystite. Il meurt le 25ème jour après son entrée à l'hôpital.

Examen anatomo-pathologique :

Examen macroscopique : le tractus digestif dans son ensemble est sans particularité et sans infiltration graisseuse anormale. A la jonction iléo-caecale, se trouve une masse jaune en forme de champignon qui se projette dans la lumière du caecum, sur une distance de deux centimètres. Cette masse lobulée, en anneau, est franchement adipeuse à la coupe,. L'orifice de la valvule entourée de ce bourrelet graisseux, est sténosé et laisse à peine passer un index.

Examen microscopique : accumulation de cellules graisseuses entre la muscularis mucosae et la couche musculaire circulaire, ces dernières sont aussi envahies par des cellules lipidiques. La muqueuse est le siège d'une infiltration lympho-monocytaire. La couche musculaire longitudinale, la séreuse et l'épithélium de la muqueuse sont histologiquement normaux.

Le diagnostic anatomo-pathologique : Lipomatose de la valvule iléo-caecale.

oOo

Les sept observations suivantes sont certainement des cas de LIPOMATOSE. On le déduit logiquement des descriptions microscopiques (parfois seulement macroscopiques) des lésions, même si les auteurs ne donnent le plus souvent qu'une dénomination peu précise.

oOo

OBSERVATIONS COMFORT : (Rapports d'autopsie)

Première observation : (CAS 39)

Femme de 70 ans. Epaississement des deux lèvres de la valvule iléo-caecale donnant à la valvule l'apparence d'être fendue. La muqueuse est teintée par d'importants dépôts de graisse. On note trois lipomes sessiles, un dans le caecum, deux dans le colon aseendant .

Deuxième observation : (CAS 4O)

Homme de 5I ans. Epaississement graisseux de la lèvre supérieure de la valvule iléo-caecale.

(Ces deux observations sont tirées d'un rapport de 28 autopsies faisant cas de lipomes sous-muqueux du tractus gastro-intestinal. Il nous semble qu'il s'agit ici de lipomatoses et non de lipomes, car dans ces deux cas seulement, il n'est pas fait mention de capsule dans le rapport histologique).

oOo

OBSERVATIONS MALLORY & CASTELMAN :

Première observation : (CAS 41)

Une femme de 60 ans entre à l'hôpital pour hémorragie rectale.

Il s'agit d'une rectorragie peu abondante, survenue sans douleur en pleine santé apparente. Par ailleurs, elle a remarqué des stries sanglantes dans ses selles.

Pas d'antécédent diarrhéique. Pas de vomissement, mais parfois quelques régurgitations après les repas. Pa s de perte de poids.

Néanmoins les mois précédant l'admission , elle se plaint de douleurs abdominales droites plus ou moins constantes avec flatulence pénible.

Deux lavements barytés faits en ville auraient montré une lacune polypoïde sur la paroi latérale du colon ascendant juste au-dessus de la valvule iléo-caecale.

Antécédents : Hystérectomie. Néphrectomie droite.

Examen physique : Obésité. On ne palpe aucune masse mais on note une sensibilité à droite au niveau de l'ombilic. Leucocytose à IO.600 avec 56% de neutrophiles et 39% de lymphocytes.

La malade est opérée (le diagnostic clinique hésitait entre un polype et une tumeur bénigne du colon ascendant).

Hémicolectomie sans caecotomie préalable.

Diagnostic anatomo-pathologique : Lipome sous-muqueux de la valvule iléo-caecale (Intussusception chronique). Après une longue discussion, on penche vers le diagnostic de lipomatose.

Deuxième observation : (CAS 42)

Une femme de 47 ans entre à l'hôpital pour douleur abdominale et vomissements durant depuis plusieurs années. Dans son enfance hypotrophie staturale et vomissements fréquents.

A I8 ans, commencent des crises de distension abdominale, éructations, douleurs généralisées de l'abdomen, nausées et vomissements. Douleur marquée dans la région épigastrique irradiant dans le dos. Pas d'hémorragie digestive. Pas d'ictère.

Un mois avant son admission , apparait un soir, une sévère douleur abdominale droite, plus marquée dans la fosse iliaque que dans l'hypochondre. La douleur est comparée à un "éclatement". Elle persiste de façon continue pendant 24 heures, s'accompagnant de vomissements importants.

Depuis des années, cardiopathie hypertensive.

Examen physique : Obésité; hépatomégalie douloureuse. Douleurs provoquées à la palpation de la fosse iliaque droite. Calcifications intra-vésiculaires.

Le lavement baryté montre un passage rapide de la baryte dans le caecum avec une lacune saillante du bord caecal opposé à la valvule iléo-caecale. Il s'agit d'une masse bien délimitée, ronde, de 2 cm. de diamètre. constante, bien visualisée, après injection d'air.

Le diagnostic clinique de lithiase vésiculaire est porté et l'on hésite entre le diagnostic de polype caecal et celui de calcul dans le caecum.

A l'intervention, on trouve une vésicule lithiasique non fistulïsée et dans le caecum une masse bien délimitée.

La caecotomie montre une valvule iléo-caecale faisant saillie de près de 4 cm. dans la lumière caecale, laissant le passage d'un doigt. On s'abstient de faire plus,en raison de l'état de la malade qui devait mourir deux ans plus tard d'hémorragie cérébrale.

oOo

OBSERVATION FLEISHNER & BERNSTEIN : (CAS 43)

Il s'agit d'une femme de 65 ans pour laquelle un cancer du colon était diagnostiqué. Certains clichés montraient en plus du cancer colique, une masse ronde bien limitée, liée à la valvule iléo-caecale.

La pièce d'exérèse montre le cancer ulcéré et indépendemment une lèvre valvulaire supérieure épaisse, taillée en fuseau, de couleur jaune brillant.

Les coupes microscopiques intéressant cette lèvre supérieure mettent en évidence une adiposité excessive, sans signe néoplasique ou inflammatoire.

oOo

OBSERVATIONS GRAYSON :

Première observation : (CAS 44)

Une femme de 47 ans souffre de crampes abdominales depuis I8 mois. Ses crampes sont pénibles au point de provoquer transpiration et vomissements. Les épisodes douloureux deviennent plus fréquents. Comme I8 mois auparavant, elle a été traitée par radio-thérapie pour cancer du col utérin on pense que ses symptômes doivent résulter des méfaits des radiations sur son intestin.

Lavement baryté : modification au niveau de la jonction iléo-caecale. Résection de cette région.

L'iléon pénètre dans le caecum sur environ 2 cm.

L'examen microscopique montre une infiltration de graisse sous-muqueuse de la valvule iléo-caecale avec obstruction partielle de la valvule et hypertrophie de l'iléon terminal.

Les douleurs abdominales ne sont pas réapparues quatre ans après l'intervention.

Deuxième observation : (CAS 45)

Une femme de 40 ans, présente des symptômes subocclusifs depuis 5 ou 6 ans avec douleur périodique de la fosse iliaque droite et distension abdominale.

L'examen radiologique montre une modification de la jonction iléo-caecale.

La résection iléo-caecale libère la malade de tous ses symptômes.

L'examen microscopique montre une infiltration graisseuse importante de la sous-muqueuse au niveau des lèvres valvulaires épaissies.

On ne constate aucune réapparition des douleurs, I8 mois après l'intervention.

oOo

Nous avons recueilli huit observations qui pourraient être des cas de lipomatoses de la valvule iléo-caecale ; en effet, en faveur de ce diagnostic, plaident à la fois les descriptions macroscopiques, les signes cliniques et surtout l'absence de signes en faveur d'une autre affection valvulaire.

Nous les citons ici sous toutes réserves, en ne les comptant point dans notre statistique -(cette dernière ne tenant compte que des 45 cas ci-dessus exposés).

oOo

OBSERVATION GOLDEN ROSS : (1)

(Cette observation a été considérée comme le premier cas de lipomatose de la valvule iléo-caecale décrit dans la littérature (cf. Beique et coll.) mais, par ailleurs, de nombreux auteurs tiennent cette observation comme la première description de Bauhinite oedémateuse. Lehmann lui, la classe dans le chapitre "hypertrophie inflammatoire de la valvule iléo-caecale". Quant à nous, nous nous bornerons à la présenter telle quelle car elle a été le point de départ de nombreuses études de la pathologie Bauhinienne et a permis d'établir les distinctions actuellement bien nettes des différentes affections touchant la jonction du grêle et du colon.)

Une femme de 62 ans a présenté deux ans avant son admission, des nausées sans vomissement pour lesquelles aucune étiologie n'a pu être retrouvée.

Des vomissements apparaissent bientôt surtout marqués le matin, survenant sans douleur. Il s'agit d'une femme buvant une bouteille de Xérès par jour.

Le lavement et le transit barytés mettent en évidence une lacune au voisinage de la jonction iléo-caecale qui est interprétée comme une masse dont on ne peut définir la nature.

On pense qu'il peut s'agir d'un polype, ou même un cancer valvulaire à son début.

Examen : Légère sensibilité de la fosse iliaque droite, mais aucune masse palpable.

A l'intervention, on trouve une hypertrophie des lèvres de la valvule iléo-caecale ; ces dernières recouvertes par une muqueuse oedématiée forment une turgescence dans le caecum.

L'iléon terminal est oedématié. Nombreuses adhérences péritonéales.

On fait une anastomose latéro-latérale de l'iléon au caecum. Aucun polype n'est trouvé sur l'iléon.

Deux semaines après l'intervention, les vomissements réapparaissent et sont mis sur le compte de l'alcoolisme.

---

Les clichés reproduits dans cette observations montrent (cliché sans compression) deux lèvres valvulaires très allongées se projetant sur les 3/4 de la largeur du caecum. La lèvre inférieure nettement plus longue s'effile en se recourbant.

oOo

OBSERVATIONS LASSER & RIGLER :

(Aucune des quatre observations qui vont suivre ne comporte de vérification anatomo-pathologique. Ces lipomatoses sont donc possibles, sans plus).

Première observation : (2)

Il s'agit d'une femme de 31 ans présentant une cholécystite chronique et une lithiase . Des radios de vésicule montrent un fonctionnement vésiculaire normal sans mettre de calculs en évidence.

Le lavement baryté montre une grande lacune arrondie contre la valvule iléo-caecale : a noter , l'aspect arrondi de cette lacune et sa fluorescence vive à l'examen radioscopique semblant indiquer une accumulation graisseuse de la valvule.

Deuxième observation : (3)

Un homme de 59 ans se plaint de douleurs de l'hypochondre droit, survenant après les repas. D'impérieuses éructations ont alors lieu.

Le lavement baryté permet de localiser une légère sensibilité de la fosse iliaque droite à l'emplacement de la valvule iléo-caecale. La valvule qui est quelque peu augmentée de volume, ressort de façon spectaculaire à la fluoroscopie par le fait d'une luminescence accrue.

Les clichés montrent que cette valvule hypertrophiée est considérablement moins dense que les autres portions abdominales non opacifiées par la baryte ; ce qui suggère une importante accumulation de graisse. Cela fait supposer qu'il s'agit, soit d'un lipome, soit d'une accumulation de graisse sous-muqueuse.

Troisième observation : (4)

Une femme de 6I ans souffre depuis un an et demi de crampes localisées à la fosse iliaque droite. La douleur augmente à la défécation. Quelques épisodes diarrhéiques sont notés.

La malade se plaint de ne pas supporter les aliments gras.

Cholécystographie normale.

Lavement baryté : on trouve une augmentation de volume de la valvule iléo-caecale avec douleur provoquée à la palpation sous écran. Ici aussi, une fluorescence radioscopique de la valvule suggère une accumulation graisseuse de cette région.

Quatrième observation : (5)

Un homme de 73 ans se plaint d'angor et de dyspnée. Il se plaint également de douleurs abdominales vagues, de caractère diffus et sans rapport avec les repas , depuis deux mois. Pas de mélaena.

L'examen abdominal est négatif. On note seulement une légère sensibilité de la fosse iliaque droite.

Le lavement baryté découvre une lacune dans la région de la valvule iléo-caecale que l'on interprète comme une valvule hypertrophiée. Ici encore on note une radioluminescence accrue par rapport à l'arrière fond abdominal non opacifié par la baryte.

Le malade meurt : une autopsie est pratiquée mais malheureusement l'attention de l'anatomo-pathologiste n'est pas attirée par la valvule. Aucune anomalie n'est relevée dans le tractus gastro-intestinal.

oOo

LASSER et RIGLER exposent encore cinq autres observations où seulement est décrite une augmentation de volume de la valvule iléo-caecale. Mais dans ces cinq cas, ils n'émettent aucune hypothèse quant à son étiologie.

oOo

AMINIAN rapporte treize observations de lipomes de la valvule iléo-caecale. En fait, il semble que deux des observations citées soient tout simplement des lipomatoses.

En effet, le lipome de la valvule iléo-caecale est une affection beaucoup plus rare que la lipomatose.

Par ailleurs, il est précisé dans ces observations, qu'il s'agit d'une hypertrophie portant sur la valvule iléo-caecale d'une façon globale. Il s'agit d'une grosse valvule ; il n'y a pas de tumeur graisseuse individualisée.

De plus, la description microscopique ne fait à aucun moment mention d'une capsule limitant la masse graisseuse (signe capital distinguant de manière absolue lipome et lipomatose).

Nous exposerons donc ci-après ces deux observations.

oOo

OBSERVATION CATTAN : (3)

Une femme de 59 ans est hospitalisée pour diarrhée chronique s'accompagnant de douleurs abdominales.

Un lavement baryté pratiqué alors révèle une "hypertrophie énorme des lévres de la valvule de Bauhin donnant une image de rétrécissement segmentaire. La dernière anse iléale ne se laisse pas franchir. Il est difficile d'affirmer la nature purement inflammatoire de cette lésion".

L'examen physique montre un abdomen légèrement ballonné, une sensibilité diffuse du cadre colique, une douleur provoquée au niveau de la fosse iliaque droite.

L'intervention a lieu : en palpant avec soin le caecum, on découvre dans la portion qui parait être externe de l'organe, une sensation de tumeur molle, arrondie, parfaitement souple et mobile.

Caecotomie : une valvule de Bauhin en ectropion apparait nettement sous forme d'un très gros bourrelet. Il s'agit d'une bauhinite, type oedémateuse, peut-être déjà en régression. A la commissure supérieure de l'orifice, le bourrelet s'allonge sur 2 ou 3 cm. , formant la saillie molle que l'on sentait à travers la paroi caecale. On fait une biopsie emportant toute l'épaisseur des tuniques. Suture à la base de la biopsie.

Examen histologique : sur le fragment examiné, on trouve une plage de tissu adipeux normal tapissé par une muqueuse intestinale strictement saine, faisant poser le diagnostic de "lipome" de la valvule de Bauhin.

Les suites opératoires sont bonnes. La diarrhée et les douleurs ont disparu.

oOo

OBSERVATION CATTAN & COHEN : (7)

Une femme de 66 ans, obèse, est hospitalisée pour douleurs épigastriques avec vomissements et mélaena.

Antécédents : appendicectomie. Ovariectomie bilatérale. Hernie diaphragmatique diagnostiquée I0 ans auparavant. Coliques néphrétiques récentes avec hématuries.

Elle se plaint de douleurs et crises douloureuses abdominales, en coup de poignard, débutant au niveau de la fosse iliaque droite, irradiant dans la région épigastrique et vers l'hypochondre gauche où la douleur persiste à type de broiement.

A l'examen , une masse tendue, ferme, très douloureuse, est perçue dans la fosse iliaque droite.

Le lavement baryté montre une région iléo-caecale douteuse.

L'intervention a lieu.

Nombreuses adhérences fixant l'iléon terminal au caecum. Il existe surtout une bride importante, grosse comme un fil électrique qui fixe l'iléon à environ 20 cm. de la valvule, à la paroi. (Cette bride est peut-être responsable d'une partie des troubles subocclusifs). Section de la bride.

La palpation du caecum et du colon montrent l'absence de lésions tumorales.

Caecotomie : Nette hypertrophie qui semble purement muqueuse au niveau de la valvule, portant essentiellement sur la lèvre inférieure. La valvule à ce niveau , est épaisse d'au moins 4 mm. la largeur de l'hypertrophie étant d'environ I,5 cm.

Il est décidé de considérer que ce sont surtout les adhérences et la bride qui sont responsables des douleurs, et que l'hypertrophie de la valvule en elle-même ne justifie pas une hémicolectomie droite..

Notons encore que la valvule est un peu succulente, oedématiée et que cet oedème augmente au cours de l'exploration.

On pratique une biopsie. La valvule est ensuite reconstituée par suture au catgut.

Le rapport histologique est des plus succincts :

" Il s'agit d'un lipome". Affirmation que nous mettons en question, vu l'absence de compte-rendu effectif et la description macroscopique de cette valvule iléo-caecale hypertrophiée nettement en faveur d'une lipomatose.

oOo

OBSERVATION PERSONNELLE : (8)

(Il s'agit d'une malade suivie à la consultation de notre maître le Pr. DEBRAY. Le diagnostic évoqué est celui de lipomatose de la valvule iléo-caecale, mais nous ne possèdons pas de preuve histologique).

Mme G... 62 ans (Im65 - 69 kgs) a présenté sans douleur, et sans cause apparente , une rectorragie abondante de sang rouge. Elle est suivie , en outre, pour un diabète important assez rebelle à la thérapeutique (35 IPZ et 40 NPH); ce diabète a été découvert il y a I2 ans après une intervention chirurgicale pour polype utérin.

Autres antécédents : appendicectomie et ovariectomie en I928. Bon état général. Adiposité. Aucune douleur.

Un premier lavement baryté montre : une légère sigmoïdite, une diverticulose sigmoïdienne, et une hypertrophie très franche de la valvule iléo-caecale, hypertrophie régulière partant de façon égale sur les deux lèvres valvulaires.

Un second lavement baryté pratiqué 3 mois plus tard (après probanthine ) montre des images superposables aux précédentes, peut-être même en discrète augmentation.

Le diagnostic de lésion bénigne est porté devant la régularité de l'image valvulaire. Celui de lipomatose est évoqué étant donné la constance de forme de cette image sur des clichés pratiqués à trois mois d'intervalle.

La malade est mise au traitement anticolitique et reste sous surveillance médicale et radiologique (prochains clichés dans 3 mois).

oOo

Nous n'avons pu nous procurer, et nous le regrettons vivement, les publications de lipomatoses ou relatives à ces dernières de :

- KELBY (1948)
- THOMAS (1950)
- FURSTE & HADDER (1958)
- MARSH (1960)

oOo

## ETUDE SYNTHETIQUE

### I - ETIOLOGIE

Celle-ci est inconnue.

On a toutefois remarqué le nombre prépondérant de lipomatoses dans le sexe féminin, sa survenue pendant la deuxième moitié de la vie, et son association fréquente avec une obésité.

SEXE : Prédominance nette dans le sexe féminin.
parmi les 45 malades atteints de lipomatose, dont nous avons recueilli les observations :

- 36 sont du sexe féminin,
- 9 du sexe masculin

(soit 80% du sexe féminin).

AGE : Cinq malades ont de 30 à 40 ans
Dix " " 40 à 50 ans
Quatorze " " 50 à 60 ans
Dix " " 60 à 70 ans
Six " " 70 à 80 ans

avec une répartition à peu près analogue dans les deux sexes (cf. courbes)

Etant donné le taux de mortalité plus élevé après 60 ans la courbe du nombre de cas par rapport à l'âge, est une droite ascendante et non une courbe en cloche avec un maximum entre 50 et 70 ans, comme semblent le montrer les chiffres expérimentaux (Cf. courbes).

On peut donc conclure que la fréquence des lipomatoses de la valvule iléo-caecale est plus grande chez les femmes, et qu'elle augmente en fonction de l'âge. De là à penser que la lipomatose est une maladie de la sénescence, il n'y a qu'un pas, que prudemment nous ne franchirons pas, notre rapport statistique étant insuffisant.

OBESITE : De nombreux auteurs ont insisté sur le rapport fréquent entre lipomatose et obésité.

Dans I8 cas (parmi les 45 observations présentées) , il est mentionné qu'il s'agit d'un ou d'une malade obèse.

Par contre, dans cinq cas, on parle d'amaigrissement ; mais il y a dans ces cas une affection cachectisante associée : ainsi dans nos observations personnelles, notre cas de lipomatose pure (cas 1) s'accompagne d'obésité ; les deux cas associés, l'un a une polypose rectocolique (cas 2), l'autre a un cancer du caecum (cas 3) s'accompagnent d'amaigrissement.

Dans cinq cas, il est précisé que le malade n'est pas obèse.

Il reste I9 cas, où l'état staturo-pondéral n'est pas précisé.

Nous pouvons donc dire que l'obésité est fréquemment associée à la lipomatose.

Certains auteurs se sont même demandés si la lipomatose de la valvule iléo-caecale ne serait pas une manifestation locale d'une maladie portant sur le métabolisme des graisses ; d'autant plus que le tissu lipidique envahissant la valvule, n'est en rien dissemblable au tissu graisseux du reste de l'organisme.

Mais , par le fait que des lipomatoses isolées (sans association avec une affection cachectisante telle qu'un cancer) ont été diagnostiquées chez des malades de corpulence normale (BEIQUE & coll : sur 7 malades , seules deux sont obèses), nous ne pouvons faire un rapport immédiat entre l'adiposité de la valvule et l'adiposité systèmique.

ASSOCIATIONS MORBIDES :

. Nous avons relevé dans les 45 observations présentées, les associations pathologiques qui s'y trouvaient mentionnées. Il est évident que la plupart des auteurs ont signalé dans l'histoire de leurs malades, les faits qui leur paraissaient les plus démonstratifs et que certaines associations morbides se trouvent de ce fait passées sous silence.

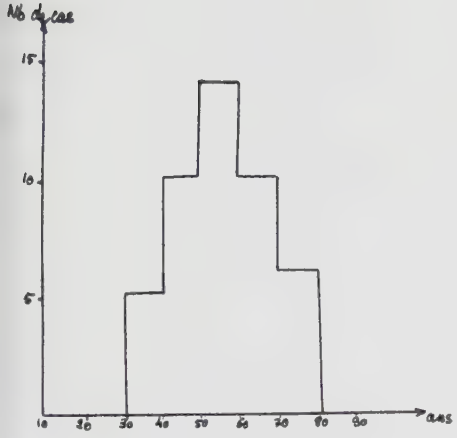
Nous citerons tout de même les associations décrites, sans tirer de conclusions trop absolues quant à leur fréquence.

Diverticuloses coliques : Nous en avons relevé huit cas, dont :

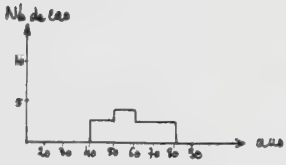
- 3 décrits par CABAUD & HARRIS dans un exposé de I0 observations,
- 3 décrits par SEABROOK et coll. dans un exposé de 5 observations,
- 1 décrit par CASTLEMAN & TOWNE
- 1 décrit par BOYLSTON & SHIELDS dans un exposé de 3 observations.

Dans trois cas (CABAUD et HARRIS) il s'agit de diverticules du caecum. Dans les 5 autres cas, il s'agit de diverticules sigmoïdiens.

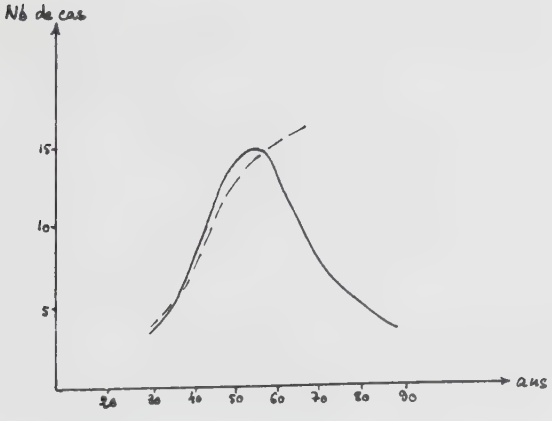
En fait, la présence d'une diverticulose colique, qui est actuellement considérée comme une maladie de vieillissement (cf. travaux de DEBRAY et



(Femmes)
36 cas




(Hommes)
9 cas




—— Courbe absolue
--- Courbe relative

Nombre de cas de lipomatoses de la valvule iléo-caecale en fonction de l'âge.

coll. à ce sujet) semble justifiée, vu l'âge moyen relativement élevé des malades atteints de lipomatose.

Lithiase vésiculaire : Nous en avons relevé quatre cas.

Hémorroïdes : 4 cas.

Présence de tumeurs au niveau du tractus digestif ; 10 cas se répartissant comme suit :

- 2 polypes rectaux ,
- 2 polyposes coliques diffuses,
- 2 adénomes du caecum,
- 1 adéno carcinome du colon,
- 1 adéno carcinome du caecum,
- 1 carcinoïde de l'iléon (associé à un cancer.)
- 1 association avec 3 lipomes sessiles (1 caecal, 2 du colon ascendant)
- 1 association avec 1 lipome caecal.

Dans trois cas, une lipomatose de la valvule iléo-caecale fut fortuitement découverte lors d'intervention pour cancers (observations 3, 8, et 43).

Par contre , dans d'autres cas, et ici le fait est d'importance c'est le phénomène inverse qui a lieu : suspicion d'une valvule iléo-caecale hypertrophiée banale et découverte d'un cancer à l'intervention. Nous en reparlerons plus loin à propos du diagnostic différentiel.

Antécédents d'interventions chirurgicales portant sur l'abdomen : I3 cas (ce nombre ne comptant qu'une fois les malades ayant subi plusieurs interventions):

- appendicectomies : 4 cas (observations I, 5, 22, 30)
- interventions portant sur les organes génitaux féminins (hystérectomies ou ovariectomies) : 7 cas (observations 4, 5, 9, 26, 28, 29, 4I)
- divers : 3 cas.

De nombreuses adhérences post-opératoires dans la région iléo-caecale, sont signalées dans 7 cas (observations I, 4, 5, I8, 27, 29, 30).

## II - SIGNES CLINIQUES

La plupart des auteurs anglo-saxons se sont efforcés de dégager une symptômatologie clinique générale des hypertrophies valvulaires non tumorales. Ils sont arrivés à grouper un certain nombre de symptômes cliniques, qui, en fait, ne sont nullement représentatifs d'une lésion bauhinienne et qu'on retrouve par ailleurs, dans une multitude d'affections coliques. Ils ont néanmoins rassemblé ces signes en un "iléo-caecal valve syndrome".

Le fait eut été sans grande conséquence s'ils s'en étaient tenus là. Mais, certains d'entre eux, se basant sur l'unité clinique que représentait

cet "iléo-caecal valve syndrome" ont été amenés , par un raisonnement récurrent, d'apparence logique, à nier toute individualité effective aux diverses affections bauhiniennes s'extériorisant par ce syndrome. Ce qui, initialement, était un syndrome clinique pouvant traduire différentes lésions, devint pour eux et dans l'esprit de plusieurs, la traduction clinique d'une seule affection valvulaire englobant toutes celles décrites précédemment.

C'est ainsi que SALEM & McGEE n'hésitent pas à écrire : "Hypertrophie de la valvule iléo-caecale, lipomatose de la région iléo-caecale et iléo-caecal-valve syndrome sont termes synonymes....". De même, SEABROOK & coll. écrivent : "la lipomatose iléo-caecale, appelée aussi iléo-caecal valve syndrome...." dédaignant ainsi avec légèreté les vérités hislogiques pourtant évidentes.

Cette mise au point nous a paru nécessaire pour comprendre la terminologie parfois confuse des exposés traitant de lipomatoses de la valvule iléo-caecale.

Nous n'emploierons donc pas le terme iléo-caecal valve syndrome qui ne correspond plus à rien et nous bornerons à dégager à l'aide de nos 45 cas de lipomatoses, les signes cliniques essentiellement rencontrés.

L'état général : est le plus souvent conservé (sauf évidemment dans les cas d'association avec un cancer ou autre affection cachectisante) .

Douleur abdominale : présente dans 32 cas.
Dans 12 cas , il n'est décrit aucune douleur (dans deux de ces cas, il s'agit de rapport d'autopsie : cas 39 et 40).

Le plus souvent, il s'agit de douleurs de la fosse iliaque droite, à type de crampes plus ou moins diffuses.

Plus rarement, il s'agit de sensibilité hypogastrique vague ou de douleur de l'hypocondre droit.

Notons toutefois ici, que les douleurs de la fosse iliaque droite observées dans notre première observation personnelle (cas 1) douleurs que notre malade ressentait à l'extension du tronc ou lors de la palpation abdominale étaient dues aux multiples adhérences post-opératoires que cette femme présentait dans la région iléo-caecale (ceci a été prouvé expérimentalement à l'occasion d'une laparoscopie).

Mais si l'on note la présence d'adhérences post-opératoires dans 9 cas où des douleurs de la fosse iliaque sont décrites, il existe 29 cas où des douleurs semblables sont présentes sans qu'il soit fait état d'adhérences dans la région iléo-caecale.

TROUBLES DU TRANSIT :

- Diarrhée : présente dans I3 cas.

Dans notre première observation personnelle, on peut supposer qu'il s'agit là d'une fausse diarrhée de dilution : Ière selle normale puis une suite plus ou moins importante de selles liquides. Ce qui explique que plusieurs auteurs parlent de :

- Constipation : présente dans 9 cas .

Dans 4 cas, on parle d'alternance constipation -diarrhée.
Dans 29 cas, l'état des selles n'est pas précisé.

- Hémorragies intestinales : rapportées dans I7 cas (soit hémorragie de sang rouge soit mélaena.).

Ces hémorragies semblent, à priori, être le signe clinique le plus constant. Mais en fait, parmi les malades ayant saigné, plusieurs sont porteurs de lésions du tube digestif susceptibles d'hémorragie, sans rapport avec leur lipomatose. Ainsi :

- Trois ont des hémorroïdes (Cas 4, I6, I9)
- Un présente un ulcus duodénal (cas I2)
- Trois sont porteurs de polypes coliques (cas IO, I4, 29)
- Un présente une recto-colite hémorragique (cas 2)

Par conséquent, seuls 9 cas d'hémorragie intestinale peuvent être retenus comme étant à coup sûr dus à la lipomatose de la valvule iléo-caecale.

Dans 8 cas, on note une hémorragie interstitielle, microscopiquement décelable au niveau de la valvule, voire une véritable ulcération.

Nous voyons donc que si la muqueuse s'ulcère, le sang apparait dans les selles (sous forme de sang rouge ou de mélaena) et dans ce cas, il peut s'agir d'hémorragie sévère pouvant entrainer anémie et syncopes (Cf. Observations de SEABROOK : cas 11, I2, I3).

Nous retiendrons donc la rectorragie comme un bon élément de présomption de lipomatose.

Et cela n'étonne pas outre mesure lorsqu'on note que les manifestations hémorragiques sont un fait commun à toutes les lésions coliques impliquant le tissu adipeux.

En outre, on trouve la présence de :

Ballonnement abdominal : dans I3 cas (observations I, 7, 8, I2, I6, I7, 26, 30, 3I , 34, 36, 42, 45).

Flatulence : dans 8 cas (observations 7, I7, 26, 32, 33, 35, 37, 4I).

Vomissements ou nausées : dans 11 cas (observations 7, I8, 2I, 27, 33, 34, 36, 37, 4I, 42, 44).

Eructations : dans 3 cas (observations I, 7, 42)

En conclusion, nous pouvons dire que la symptomatologie clinique de la lipomatose de la valvule iléo-caecale se résume à des douleurs abdominales sous forme de coliques, une alternance diarrhée -constipation, un ballonnement abdominal surtout post-prandial, parfois des nausées et des vomissements. L'hémorragie intestinale (sang rouge ou mélaena) est un bon signe quand elle existe.

Nous voyons en toute évidence, que tous ces symptômes sont loin de représenter une fois réunis, un syndrome clinique suffisant pour évoquer à lui seul le diagnostic de lipomatose. Ces symptômes se rencontrent en effet avec une fréquence déconcertante dans des affections digestives nombreuses et variées. Nous sommes donc loin d'un "iléo-caecal valve syndrome" tel que l'ont décrit les auteurs anglo-saxons.

Ces signes auront néanmoins une valeur d'appoint pour le diagnostic lorsque seront présents les signes radiologiques qui seuls permettent d'évoquer la possibilité d'une lipomatose.

## III - SIGNES RADIOLOGIQUES

Clef de voûte du diagnostic, ils consistent en un élargissement anormal de l'image valvulaire.

Technique de visualisation de la valvule :

On utilise essentiellement le lavement baryté, l'étude par transit étant réservée aux cas rares, où le sphincter valvulaire ne peut être vaincu par lavement, même après emploi de modificateurs de comportement tels que atropine-calcium ou probanthine.

Le choix des incidences se fera après repérage radioscopique :

- la vue de face est obtenue, sous compression modérée , en décubitus avec légère incidence oblique.

- la vue de profil s'obtient le plus souvent en décubitus, en oblique antérieure gauche.

L'image caractéristique consiste en un défaut de remplissage, d'aspect circulaire, à contours réguliers, donnant de face une image en cocarde et de profil une image en épsilon.

L'image n'est pas toujours aussi typique. Pour être évocatrice il faut qu'elle soit :

- strictement valvulaire
- régulière( diagnostic différentiel avec les cancers)

- de dimension déterminée (les différents auteurs s'accordent à considérer comme anormal le fait qu'une des lèvres de la valvule mesure plus de I,5 cm. d'épaisseur. Anormale encore serait la valvule qui mesurerait plus de 4 cm. d'épaisseur dans son ensemble).
- de clarté accrue à l'examen radioscopique (hyperclarté due à la présence de tissu adipeux).
- stable dans le temps, identique sur des clichés pratiqués à des dates différentes (diagnostic avec la Bauhinite oedémateuse).

Au total, l'examen radiologique est d'une importance capitale pour le diagnostic de lipomatose ; il l'est également pour différencier cette affection des autres lésions valvulaires. Nous y reviendrons plus loin.

## IV - ANATOMIE PATHOLOGIQUE

La définition histologique de la lipomatose de la valvule iléo-caecale délimite admirablement bien l'affection et interdit toute confusion avec les autres valvules pathologiques.

Macroscopiquement : la valvule est augmentée de volume, molle, et habituellement présente une surface muqueuse lisse et de couleur jaunâtre.

Elle peut saillir plus ou moins dans la lumière du caecum, se présentant après caecotomie comme un col utérin ou un "iléon faisant la moue".

Cette augmentation importante de volume est due à un dépôt graisseux circulaire, siégeant dans la sous-muqueuse.

Parfois, l'hypertrophie peut ne porter que sur une lèvre de la valvule (cas I, 3, 6, 40, 4I, 43).

Microscopiquement : la masse graisseuse est diffuse, massive envahissant la sous-muqueuse. Elle ne comporte ni limitation, ni lobulation, ni le moindre début d'encapsulement (diagnostic différentiel avec les lipomes), atteignant parfois en profondeur la musculeuse qui peut même déployer au milieu d'elle quelques fibres (CABAUD & HARRIS).

La muqueuse sus-jacente est habituellement lisse et intacte mais est fréquemment oedémateuse (cas I, 5, II, I6, I8) congestive, voire ulcérée, cause d'hémorragies (cas 4, 5, I2, I4, I9, 28, 29, 30) et présente parfois une légère inflammation chronique (cas 11, 14, 19 et 22).

La structure de ce tissu adipeux ne peut être distinguée en rien de celle du tissu graisseux rencontré n'importe où dans l'organisme. La seule différence est, nous l'avons dit, qu'il peut y avoir un oedème considérable et un engorgement vasculaire.

(La présence d'oedème peut alors poser un problème diagnostique avec la Bauhinite oedémateuse. Le diagnostic histologique ne peut être por-

té assurément qu'après congélation et coloration par le Soudan III qui colore fortement les vésicules lipidiques).

Une fois défini l'aspect histologique, il reste à préciser à quel stade la pathologie intervient. En effet, y-a-t-il du tissu graisseux dans une valvule iléo-caecale normale ? ZETTERGREN écrit : "En dépit d'une recherche très approfondie dans la littérature, nous n'avons pu trouver une information quelconque concernant la présence de graisse dans la valvule iléo-caecale dans les conditions normales". Il entreprit donc une étude systématique, en prélevant les valvules iléo-caecales chez 43 sujets décédés pour la plupart d'affections cardio-vasculaires, et arriva à la conclusion que chez l'adulte le tissu graisseux est très communément présent dans la valvule, mais s'y trouve en quantité variable. MALLORY et CASTLEMAN arrivent au même résultat.

Du tissu graisseux se trouve donc à l'état normal au niveau de la valvule iléo-caecale et la question se pose alors, de savoir par quel phénomène l'hyperplasie de ce tissu a lieu.

## V - PATHOGENIE

A vrai dire, nous ne savons rien sur la génèse des lipomatoses. On se borne à des suppositions.

"On peut supposer qu'il y aurait un passage graduel allant du stade de dépôt normal de graisse au niveau de la valvule iléo-caecale au stade de lipomatose...." écrivent CABAUD et HARRIS. "On peut dire que les lèvres de la valvule iléo-caecale, qui sont normalement formées par une duplication de la muqueuse, de la sous-muqueuse et des fibres musculaires circulaires de l'intestin , dans certaines circonstances, deviennent un lieu de prédilection pour les dépôts graisseux. La propulsion mécanique de la muqueuse et de la sous-muqueuse vers la lumière du gros intestin doit créer une excavation dans la région sous-muqueuse (une sorte de "vide cellulaire") qui se remplit de graisse. Une situation semblable existe en d'autres régions du corps, ainsi au niveau des hiles rénaux, le dépôt graisseux peut devenir proéminent en cas d'atrophie rénale".

Ces mêmes auteurs notent par ailleurs la fréquence des lipomatoses associées à un processus inflammatoire. Ils disent : "la présence d'une inflammation dans la région caecale, résulte généralement d'une limitation de la mobilité normale de l'intestin. Cela peut très bien détacher la muqueuse valvulaire des tissus profonds et la tirer créant un "espace" tissulaire que vient combler un dépôt graisseux".

Cette explication est séduisante, mais malheureusement le processus inflammatoire mis en cause par CABAUD & HARRIS, s'il existe dans bon nombre de cas de lipomatoses, est loin d'être constamment présent.

Par ailleurs, le fait que la lipomatose de la valvule iléo-caecale survient fréquemment chez des sujets obèses, amène Salem & McGee à

évoquer le problème des "relations existant entre la lipomatose de la valvule iléo-caecale en tant qu'entité clinique, un dysfonctionnement du métabolisme des graisses et la maladie de WHIPPLE (lipo-dystrophie intestinale)". sans apporter pour autant d'arguments nouveaux

## VI - DIAGNOSTIC

### Diagnostic clinique :

Nous l'avons déjà dit, les signes cliniques à eux seuls ne peuvent en aucune façon suffire à porter le diagnostic.

Ils auront une valeur d'appoint ; le diagnostic reposant essentiellement sur les signes radiologiques.

Rappelons en quoi consistent ces signes cliniques:

Douleurs abdominales, diarrhées-constipations, parfois hémorragies intestinales, ballonnement post-prandial, parfois vomissements, nausées voire éructations.

Nous voyons que ces symptômes n'ont aucune individualité et peuvent tout aussi bien se rapporter à n'importe quelle affection digestive, tant Bauhinienne que colique, d'autant que souvent lésions associées.

Retenons toutefois que parmi les lésions bauhiniennes, la lipomatose est la plus fréquente ; qu'une rectorragie est en sa faveur.

### Diagnostic radiologique :

L'étude radiologique de la valvule iléo-caecale a été pendant longtemps dédaignée, d'une part parce que l'examen de ce sphincter est difficile, d'autre part, parce que la pathologie bauhinienne était peu connue. Or, c'est précisément des études systématiques de la valvule iléo-caecale qui ont permis de constater que les images "anormales" de la bouche iléo-caecale étaient en fait, assez fréquentes et que "la pathologie bauhinienne, organique ou fonctionnelle, était aussi riche que celle des autres sphincters digestifs".

Une étude radiologique de la valvule iléo-caecale de PICHARD, BISMUTH, PAOLAGGI et DEBRAY a été publiée en Décembre 1958 (Semaine des hôpitaux). Nous nous baserons sur les données de cet article.

Le premier problème qui se pose est de voir la valvule :

### 1 -Méthodes d'examen :

L'étude par transit est plus physiologique mais elle est délicate : en effet, puisqu'il convient d'étudier un organe sphinctérien en phase d'activité, il faut pratiquer l'examen juste au moment où le produit opaque franchit la

région valvulaire. D'autre part, le caecum est le plus souvent mal rempli, mal étudié par le transit.

Le lavement baryté est donc l'examen de choix. Il suffit en effet, au cours de cet examen de provoquer le reflux iléal pour obtenir une bonne réplétion de la dernière anse.

"Ce reflux iléal n'est pas toujours facile à obtenir : des manipulations douces, un lavement tiède (ni trop chaud, ni trop froid), des palpations discrètes du caecum, de grand mouvements respiratoires, une grande patience du malade et du radiologue suffisent le plus souvent. Quelquefois, on devra utiliser les modificateurs de comportement pour vaincre la valvule particulièrement continente : l'atropine -calcium (CHERIGIE), les ganglioplégiques comme la prothéline (probanthine) (Ch. DEBRAY et Le CANUET) sont les agents les plus utiles".

Dans les cas, rares, où le sphincter valvulaire ne peut être vaincu, on aura recours au transit.

Signalons qu'une étude en double contraste, après insufflation d'air dans le colon, peut fournir dans certains cas des renseignements utiles.

Enfin, citons la radio-cinématographie (CHERIGIE) utilisée pour l'étude de la région iléo-caecale.

2 - Choix des incidences :

a - La vue de face : "elle s'obtient en prenant, après repérage radioscopique, des clichés en décubitus avec une très légère incidence oblique, droite ou gauche, selon les cas. Il faut, de plus une compression juste suffisante".

La valvule se présente alors sous l'aspect d'une image claire, ovalaire à grand axe horizontal.

L'image valvulaire se situe dans l'ombre caecale, soit en plein milieu, soit dans sa partie interne.

b - La vue de profil est plus intéressante.

L'abouchement iléo-caecal offrant de nombreuses variations anatomiques, il est impossible de schématiser l'incidence nécessaire.

"Il faut sous radioscopie, en "remontant" la dernière anse rechercher l'inclinaison qui permet de dégager la région valvulaire: le plus souvent, la valvule étant postéro-interne, c'est la position oblique antérieure gauche en décubitus qui est nécessaire, mais parfois il faudra mettre le patient en décubitus franc ou en oblique antérieure droite. Dans tous les cas, une compression douce de dissociation est nécessaire. Il convient de prendre des clichés en série de la région iléo-caecale comme on le fait pour l'étude pylo-ro-duodénale. C'est en dehors de la radio-cinématographie le seul moyen d'étudier correctement sa morphologie et ses contractions".

Aspect de la valvule iléo-caecale normale :

Il varie suivant l'état physiologique de la valvule . La valvule en état d'atonie ou de repos, donne un aspect bilabié ; en période d'activité, elle donne un aspect sphinctérien , papillaire.

"L'aspect bilabié est rarement rencontré au cours du lavement baryté. Les lèvres se présentent sous la forme de deux bandes claires, minces, qui sur le profil, viennent converger à l'intérieur du caecum, limitant ainsi un triangle opaque à base interne, triangle qui représente la lumière valvulaire (cet aspect est identique à celui obtenu par des radiographies de pièces cadavériques)".

"L'aspect sphinctérien nous parait par contre beaucoup plus fréquent lorsqu'on a su attendre le retour du péristaltisme normal de l'iléon. On observe alors une image de papille. Cette conformation parait bien correspondre à l'aspect d'activité in vivo. Les lèvres sont épaisses de 3 à 5 mm environ, souvent renflées à leurs extrémités libres qui sont arrondies : la lèvre inférieure est souvent plus courte et moins épaisse que la lèvre supérieure; leur longueur moyenne est de 1 à 2 cm. Leurs faces axiales limitent un mince défilé de baryte qui, sur les clichés de profil, contribue, avec la dilatation ampullaire pré-valvulaire de l'iléon terminal, à la formation en "bec de canard" classique. Cette ligne de baryte est mince (1 à 2 mm.) d'épaisseur à peu près égale sur toute sa longueur et se continue avec l'opacité intra-caecale de l'orifice valvulaire.

L'image des lèvres se prolonge souvent sur le caecum vers la droite, par une zone de tonalité qui apparait à hauteur de l'orifice iléal... Il n'est pas rare de voir cette zone se continuer avec l'incisure pratiquement constante qui siège sur le caecum en regard de la valvule".

En fait, il faut savoir que les variations de siège et de forme sont fréquentes, rendant quelquefois difficile l'appréciation des images anormales.

De nombreux auteurs ont suggéré de donner des mensurations limites aux lèvres valvulaires normales telles qu'elles apparaissent sur les clichés de profil :

- PICHARD et coll. pensent que l'éminence iléo-caecale mesure en moyenne 1 à 2 cm ; son diamètre vertical étant de 2 cm. environ.

- HINKEL, FLEISCHNER et BERNSTEIN considèrent comme encore normales des valvules atteignant 4 cm. de haut.

- Nous pensons avec BEIQUE et coll. , que ces critères restent imprécis : ils dépendent en effet de la distance du tube de rayons X à la cassette, de l'épaisseur de l'abdomen du sujet et de la position exacte de la valvule.

Nous arrivons à la conclusion de PICHARD et coll. : "Plus que d'une question de centimètres, il s'agit surtout à notre sens, d'une appréciation générale de la morphologie valvulaire".

En nous basant sur ces données, il est désormais possible de porter le diagnostic de grosse valvule iléo-caecale.

Le diagnostic différentiel des différentes affections bauhiniennes reste à être exposé.

Grosses valvules iléo-caecales :

1 - Grosses valvules irrégulières (rares) :

Elles rélèvent souvent d'un processus tumoral.

a - Rarement, il s'agit de tumeurs bénignes :

- myomes ou fibromyomes,
- lipomes de la sous-muqueuse,
- adénomes,
- entérokystomes,

b - Surtout, tumeurs malignes :

- épithélioma valvulaire et ici, le diagnostic est d'importance.

Ce diagnostic peut d'ailleurs être rendu plus difficile par le fait d'une association possible cancer-lipomatose (cas 3).

On fera une analyse minutieuse des clichés qui doivent être parfaits, pris en série. En faveur du cancer, on retiendra :

- irrégularité des limites et caractère asymétrique de l'hypertrophie valvulaire (mais il existe des lipomatoses ne portant que sur une lèvre : cas 1, 3, 6, 40, 4I, 43).

- Localisation non limitee à la valvule, et touchant le caecum.

- Raideur persistante des images cancéreuses s'opposant à la souplesse des bords de l'hypertrophie lipomateuse (surtout visible en radiocinéma).

Le problème est d'ailleurs loin d'être toujours facile à résoudre. Dans les cas difficiles, les signes cliniques, biologiques, et évolutifs ont un intérêt primordial pour poser l'indication opératoire. Quelquefois d'ailleurs, c'est seulement au cours de l'intervention que le diagnostic exact pourra être établi.

2 - Grosses valvules régulières.

"Se présentent de profil, comme une lacune du bord interne du caecum, lacune arrondie assez régulière, ovalaire ou conique en "fer de lance"; au centre aboutit le fin pertuis de l'orifice iléal. l'aspect est alors celui d'un épsilon dont les deux ventres sont plus ou moins épais, le supérieur étant en général plus volumineux et plus bombé que l'inférieur. De face, l'aspect est celui d'une tache sombre répondant à l'orifice bauhinien ; l'ensemble réalise un aspect en cocarde, ou, si des sillons irrégulièrs parcou-

rent la lacune, en rosace".

Ces grosses valvules régulières caractérisent à la fois :

- la lipomatose de la valvule iléo- caecale,
- l'hypertrophie simple,
- la bauhinite oedémateuse,
- mais également, certains carcinoïdes de la valvule iléo-caecale , dont on connait la gravité, et le rarissime lympho-réticulo-sarcome de la valvule iléo-caecale.

Le diagnostic peut donc être évoqué à la lecture des clichés radiologiques mais ne peut absolument pas être affirmé. On penchera vers l'un ou l'autre de ces affections selon le contexte clinique mais c'est en fait la caecotomie et parfois seulement l'examen biopsique qui donneront le diagnostic de certitude.

L'hypertrophie simple de la valvule iléo-caecale :

Elle pourrait donner lieu à des troubles digestifs divers de type subocclusif , mais cela peut être discutable.

La Bauhinite oedémateuse :

Ses caractères sont ainsi définis par le Pr. DEBRAY :

".... Cliniquement, diarrhée qui existe dans toutes les observations C'est une diarrhée sans fièvre, de long cours, sans glaire ni sang dans les selles.

Radiologiquement, image lacunaire en cocarde ou en rosace quand la valvule est vue de face, en épsilon quand elle est vue de profil. Ces aspects traduisent le gonflement existant dans toutes les observations.

Anatomiquement, oedème isolé de la valvule qui lui donne macroscopiquement l'aspect et la taille d'un col utérin avec un orifice central rond et un bourrelet, sans lèvres ni commissures reconnaissables.

Histologiquement, lésions inflammatoires non spécifiques de la muqueuse et oedème considérable de la sous-muqueuse".

Soulignons un caractère radiologique essentiel de la bauhinite oedémateuse, caractère qui permet dans une certaine mesure de distinguer cette affection de la lipomatose valvulaire : sa variabilité dans le temps, d'un cliché à un autre

En effet, l'image radiologique décrite plus haut, varie dans le cas d'une bauhinite, est stable s'il s'agit d'une lipomatose.

Il est à noter en outre que, de même que dans la lipomatose, on retrouve fréquemment chez les malades atteints de bauhinite oedémateuse, des antécédents opératoires ( appendicectomie, intervention sur l'appareil génital féminin, cholécystectomie).

Mais faits plus caractéristiques :

- l'état général est en règle atteint, quoique modérément ,
- et surtout, il n'y a pas de sang dans les selles (cependant une hémorragie peut être due à une lésion associée).

D'autre part, il semble exister des bauhinites oedémateuses secondaires à une lésion inflammatoire colique (amibiase par exemple, ou abcès appendiculaire). La bauhinite oedémateuse parait donc être un syndrome parfois secondaire, parfois primitif.

Les carcinoïdes de la valvule iléo-caecale :

Ces tumeurs se développent fréquemment au niveau de l'iléon terminal, très souvent au contact de la valvule iléo-caecale. Elles prennent essor dans la sous-muqueuse et sont de coloration jaune.

Elles semblent occuper la deuxième place en fréquence après la lipomatose.

L'évolutivité deces carcinoïdes est éminemment variable. Ils ne sont parfois qu'une découverte opératoire ou d'autopsie ; mais des métastases peuvent survenir, qui se traduiront cliniquement de façons différentes.

- soit muettes jusqu'à l'intervention qui les découvre (métastases ganglionnaires et hépatiques parfois énormes),
- soit d'évolution fâcheuse tel un cancer digestif hautement malin (généralisation abdominale).
- soit génératrices d'un syndrome de BIORCK-THORSON, groupant les symptômes de la carcinoïdose :
  - . bouffées de chaleur du visage (flush)
  - . coloration cyanique persistante de la face
  - . diarrhée subite, continue ou évoluant par paroxysmes.
  - . manifestations cardiaques et neurotoniques,
  - . parfois , asthme brutal.

  le tout, évoluant par crises et se terminant le plus souvent dans un tableau d'insuffisance cardiaque.
- Le dosage de la sérotonine urinaire affirme le diagnostic.

Les carcinoïdes de l'iléon métastasent dans 30 à 50% des cas. Leur diagnostic a donc un intérêt capital.

Nous venons de voir que le polymorphisme clinique de ces tumeurs est extrême et que la symptomatologie clinique locale habituelle de la lipomatose peut s'extérioriser à l'occasion d'un carcinoïde bauhinien (à noter toutefois ici l'absence de sang dans les selles).

Au point de vue radiologique, l'image réalisée est le plus souvent superposable à celle d'une lipomatose valvulaire.

La difficulté diagnostique n'existera vraiment qu'en cas de carcinoïde isolé de la valvule iléo-caecale ; en effet, ces tumeurs sont le plus souvent multiples.

Signalons ici l'association possible carcinoïde iléal-lipomatose valvulaire (cas 8).

Le diagnostic de certitude sera en dernier ressort donné par l'examen microscopique, le seul examen macroscopique pouvant parfois induire en erreur - ainsi MOULONGUET, DEBRAY & DOBKEVITCH écrivent à ce propos : "la couleur jaune de la tumeur nous l'avait fait interpréter à l'oeil nu comme formée par une réaction inflammatoire, lipomateuse du mésentère ; nous signalons cette erreur qui peut être instructive".

Le lympho-réticulo-sarcome de la valvule iléo-caecale :

L'envahissement isolé de la valvule de Bauhin par un lympho-réticulo-sarcome est exceptionnel. Nous n'en connaissons que deux cas mondiaux. Nous devons à l'obligeance du Dr. G. BELLANGER de pouvoir en exposer un cas, ci-après.

OBSERVATION H. et G. BELLANGER (février 1960)

Monsieur S... 48 ans, se plaint de douleurs localisées à la fosse iliaque droite et présente des phénomènes subocclusifs, sans vomissements. Les troubles se sont constitués assez lentement mais ont été précédés trois semaines auparavant par des épisodes diarrhéiques importants mais transitoires.

A l'examen : léger météorisme. Quelques mouvements péristaltiques. La palpation permet de sentir par intermittences une masse fuyante allongée horizontalement au niveau de la fosse iliaque droite. On note par ailleurs une certaine altération de l'état général mais les aires ganglionnaires sont libres.

La numération globulaire et la formule sanguine sont normales.

Les radiographies de l'abdomen sans préparation montrent quelques niveaux liquides dans le grêle.

Le lavement baryté met en évidence une grosse valvule iléo-caecale régulière se présentant de face comme une lacune arrondie, bien visible dans l'ombre caecale ; cette image est centrée par une tache sombre punctiforme répondant à l'orifice bauhinien (voir photo).

Cette image en cocarde évoque une lésion tumorale de la valvule et l'on intervient (Dr. Henri BELLANGER) : Hémicolectomie droite.

La pièce opératoire montre une invagination de la portion du grêle terminal dans le caecum. A la jonction iléo-caecale, au niveau de la valvule de Bauhin, on trouve une tumeur en forme de champignon, du volume d'une mandarine, faisant saillie dans le caecum. A la face externe du caecum, au voisinage de l'appendice , on trouve, profondément enfouis dans le méso, plusieurs ganglions hypertrophiés, arrondis. L'examen macroscopique a porté sur la tumeur et sur les ganglions.

Histologie : La tumeur , qui s'est développée dans la sous-muqueuse, offre les caractères typiques d'un lympho-réticulo-sarcome. Les ganglions présentent des lésions analogues.

Six mois plus tard, le malade revient consulter, présentant cette fois, des adénopathies cervicales. Ces ganglions prélevés par biopsie, montreront les mêmes lésions histologiques.

oOo

Nous voyons donc, qu'exceptionnellement, un lympho-réticulo-sarcome, à son début, localisé à la valvule iléo-caecale, peut poser un problème diagnostique avec la lipomatose.

En faveur du diagnostic de lympho-réticulo-sarcome, plaident l'amaigrissement et la mise en évidence sur des clichés, montrant la valvule iléo-caecale de face, d'une image en cocarde centrée par une tache sombre punctiforme plus petite que celle réalisée par une valvule lipomateuse. Mais c'est en fait l'évolution (efflorescence ganglionnaire) ou, si l'on intervient, la biopsie, qui permettront de trancher le problème.

oOo

Enfin, notons que l'on peut voir de grosses valvules oedémateuses dans l'iléite terminale dans sa phase aiguë (BERANBAUM & SUBBARAO), dans la rectocolite ulcéro-hémorragique, dans la tuberculose iléo-caecale.

Photo A

Lympho-réticulo sarcome de la valvule de Bauhin (Dr. H. et G. Bellanger)

. La valvule hypertrophiée, vue de face, donne une image en rosace.

Mais toutes ces affections ne sauraient entrer dans le diagnostic différentiel, étant donné la multitude d'autres signes qui les caractérise.

## VII - CONDUITE A TENIR EN PRESENCE D'UNE GROSSE VALVULE ILEO-CAECALE :

Lorsqu'on est en présence d'une hypertrophie valvulaire découverte radiologiquement et bien tolérée du point de vue clinique, l'abstention est de règle.

En effet, il est unanimement reconnu (FLEISCHNER & BERNSTEIN, HINKEL, BERANBAUM & SUBBARAO) que la grande majorité des grosses valvules repérées par lavement baryté , ne sont pas pathologiques. LASSER & RIGLER poussant cet argument à l'extrême vont jusqu'à dire qu'il ne faut jamais intervenir devant de telles images radiologiques.

Cependant la fréquence des cancers valvulaires et surtout l'incertitude diagnostique ne peuvent inciter à pratiquer cette abstention systématique.

En effet, le moindre doute doit entrainer une caecotomie exploratrice suivie au besoin de biopsie. Ainsi, SCARBOROUGH (dans la discussion qui fait suite à la publication de SEABROOK) dit avoir porté le diagnostic de lipomatose à la vue de deux clichés radiographiques. Dans un cas, il s'agissait d'un lymphosarcome de l'iléon invaginé à travers la valvule iléo-caecale: dans le second cas, c'était un adénocarcinome circulaire de la valvule.

En fait, de telles lésions s'accompagnent habituellement d'un cortège de signes cliniques important et nous pouvons ainsi définir la conduite à tenir :

- Devant toute grosse valvule isolée, d'apparence bénigne sur de multiples clichés d'excellente qualité, s'abstenir mais garder le malade sous surveillance médicale.

- Devant toute grosse valvule donnant lieu à des troubles importants ou ne donnant aucune certitude quand à sa bénignité l'intervention est de règle.

### Traitement chirurgical :

Sur nos 45 observations, on est intervenu dans 40 cas (nous ne comptons pas dans ce nombre les interventions motivées par une lésion associée plus grave).

- dans 2 cas, le chirurgien n'a fait aucune ablation d'organe après avoir vérifié la bénignité de la lésion (dans 1 cas au moyen de biopsie).

- dans 32 cas, est pratiquée une hémicolectomie droite.

- dans 1 cas, on fait une résection du caecum.

- dans 2 cas, une ablation de la valvule iléo-caecale.

- dans 3 cas, il s'agit d'une excision d'une quantité plus ou moins importante de graisse avec suture à la base de la section.

Nous voyons que l'hémocolectomie droite est de loin le traitement le plus couramment adopté. Néanmoins, une telle intervention nous parait à première vue trop mutilante pour une lésion si bénigne.

L'intervention se fait le plus souvent en deux temps : il y a d'abord une caecotomie exploratrice, avec au besoin une biopsie valvulaire, puis dans un deuxième temps, on pratique l'hémicolectomie avec anastomose iléo-colique.

SALEM & McGEE disent à ce propos : "Plusieurs observations rapportent que le traitement de la lipomatose de la valvule iléo-caecale est l'hémicolectomie droite. Une telle résection simplement pour le fait d'une hypertrophie valvulaire ne peut apparaitre justifiée" et ils citent leur intervention qui est une "réparation plastique de la valvule" :

" Excision partielle de la valvule en trois endroits distants l'un de l'autre d'environ un centimètre et demi, laissant entre eux la muqueuse normale intacte. Puis on suture ces endroits réséqués dans l'espoir que la cicatrisation, une fois obtenue, interdise le prolapsus valvulaire dans le caecum. On veille toutefois à ne pas provoquer de sténose de la valvule. Les suites opératoires sont normales. La malade est suivie pendant 6 mois : on note une disparition complète de ses symptômes abdominaux".

Par ailleurs, MOORE dans un commentaire à propos d'un article de SEABROOK et coll., donne une opinion semblable. Il préconise une autre technique d'excision partielle de la valvule. (sorte de "circoncision" valvulaire . Mais il ne donne aucune précision sur les suite opératoires.

CABAUD & HARRIS, dans leur cinquième observation, proposent une technique semblable.

De telles interventions présentent à coup sûr un intérêt capital. Mais dans un seul cas (SALEM et McGEE) on précise que les troubles ont disparu après l'opération et ne sont pas réapparus six mois après. Ce délai de six mois est toutefois insuffisant pour juger de l'efficacité du traitement.

D'autre part, contre 33 auteurs qui pratiquent une résection colique trois seulement préconisent l'excision partielle de la valvule en ne citant chacun qu'un seul cas où cette intervention aurait été pratiquée.

Nous voyons donc qu'une étude statistique sur la valeur de ces différentes thérapeutiques est encore prématurée et il faudra attendre qu'il y ait un plus grand nombre d'interventions limitées sur la valvule pour pouvoir conclure.

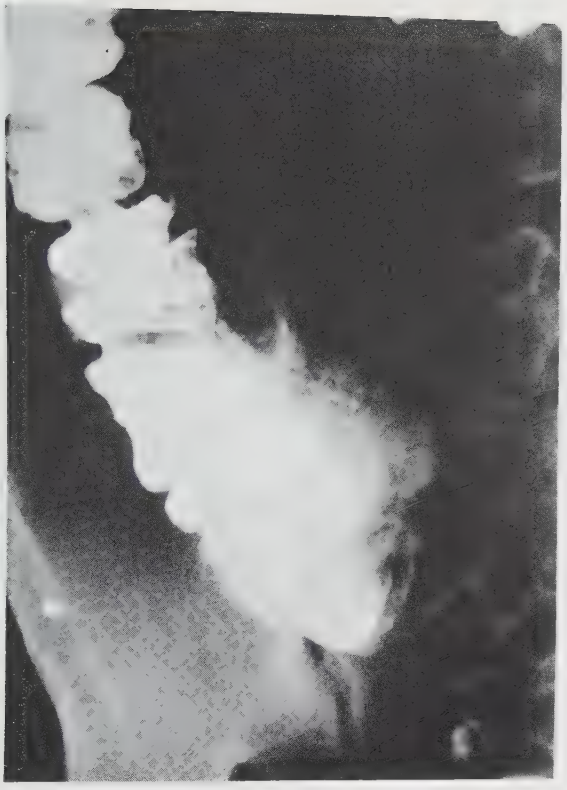
oOo

## ICONOGRAPHIE

Les onze clichés reproduits ci-après sont ceux qui ont permis en octobre I960, d'évoquer le diagnostic de lipomatose de la valvule iléo-caecale chez une femme de 57 ans , obèse, venue consulter dans le service de notre Maître le Pr. Charles DEBRAY, pour douleurs abdominales, diarrhées et rectorragie (Observation n° 1).

Les trois premiers clichés ne laissent suspecter aucune lésion valvulaire, alors que le caecum est bien rempli. Ce fait souligne la difficulté souvent rencontrée pour mettre radiologiquement en évidence les affections bauhiniennes.

oOo

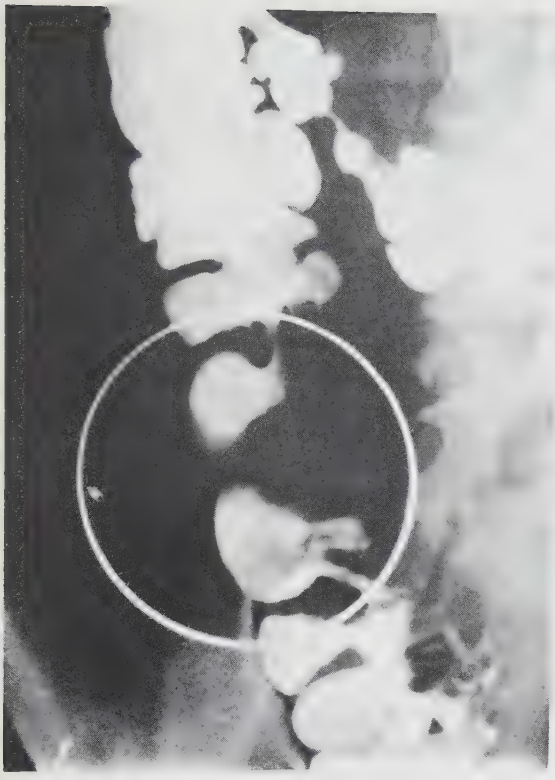


N° 1

Réplétion - Valvule iléo-caecale non visible.

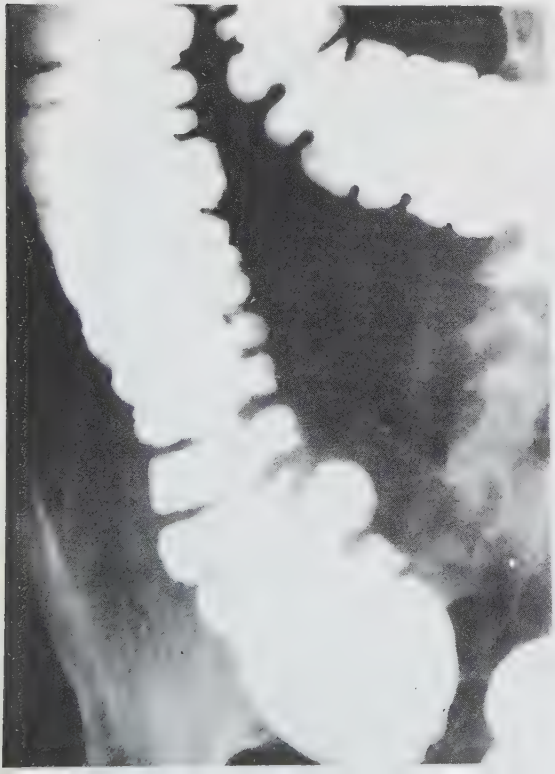
N° 2

Réplétion - On aperçoit une vague zone mal remplie, de la région de la valvule.



N° 3

Cliché pris lors de l'évacuation avec une compression trop forte : la valvule n'est pas visible.

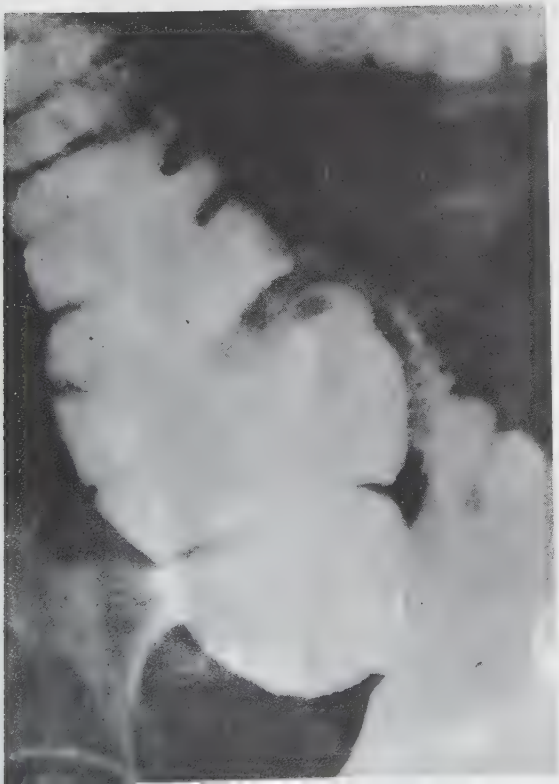


N° 4

Réplétion - Lacune de la région valvulaire mal analysée.

N° 5

Réplétion - Image lacunaire en fer de lance certainement pathologique.

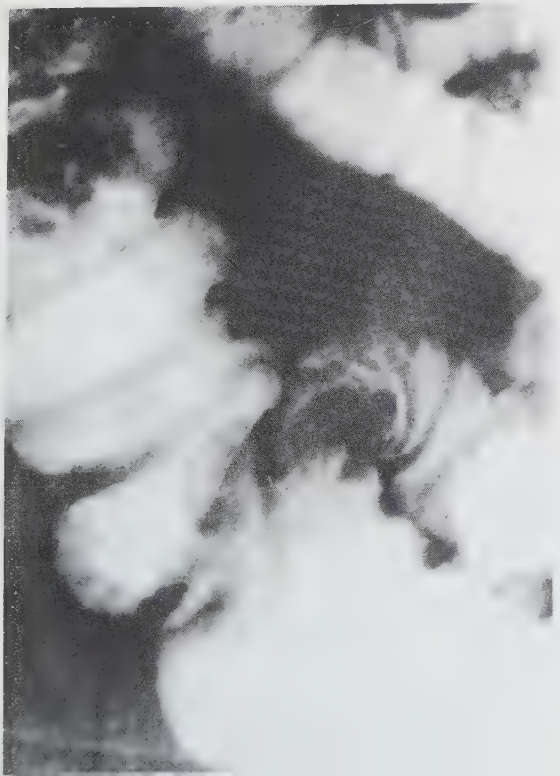


N° 6

Réplétion - Image presque semblable à celle de la photo n° 5 avec bonne visibilité.

N° 7

Réplétion - optimum
Bonne analyse
Fin du grêle non vue.

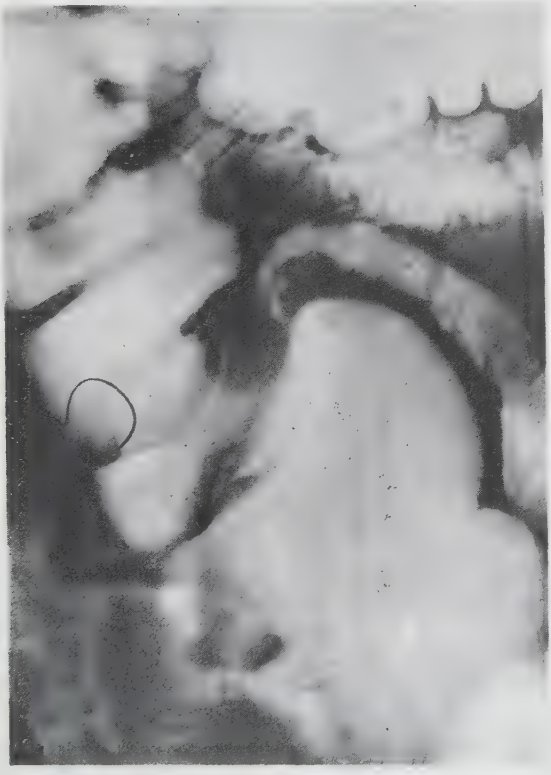


N° 8

Réplétion -
Compression dosée
Aspect typique.

N° 9

Réplétion optimum
Bonne visibilité
Fin du grêle mal vue



N° 10

Compression dosée
Cliché pris après banthine
Image typique

N° 11

Même cliché que la photo n° 10
mais agrandissement plus fort.
Image typique

# CONCLUSIONS

Nous avons tenté, à l'aide de trois observations personnelles et de quarante-deux observations recueillies dans la littérature mondiale, de dégager les caractères principaux de la lipomatose de la valvule iléo-caecale.

Nous retiendrons qu'il s'agit là d'une affection relativement fréquente (la plus répandue des lésions bauhiniennes, avec la bauhinite oedémateuse) survenant le plus souvent chez la femme obèse, avec un maximum de fréquence après la quarantaine.

Elle consiste en une accumulation sous-muqueuse de tissu graisseux normal, infiltrant de façon diffuse les lèvres valvulaires. Cet amas lipidique ne comporte pas de lobulation, n'est limité par aucune capsule, ce qui le différencie du lipome.

La pathogénie de cette affection est inconnue.

Les signes principaux sont de deux ordres :

1 - Clinique :

- alternance de constipation et de diarrhée,
- douleurs abdominales,
- mélaena ou rectorragie de sang rouge pouvant parfois être très abondante,
- ballonnement abdominal post-prandial,
- flatulence,
- parfois nausées ou vomissements.

Ces signes sont rarement au complet et n'ont aucune spécificité, se retrouvant dans beaucoup d'autres affections digestives.

2 - Radiologique :

- sur les clichés de profil : image lacunaire arrondie et régulière du bord interne du caecum au lavement baryté (image en epsilon ou en 3 renversé)

- sur les clichés de face : on observe une image en cocarde ou en rosace.

Cette image est stable, identique sur des clichés pratiqués à quelques mois d'intervalle (ce qui permet dans une certaine mesure de différencier cette affection de la bauhinite oedémateuse, où l'image radiologique peut varier d'un examen à l'autre).

Le diagnostic de certitude ne pourra être porté qu'à l'intervention après caecotomie, voire seulement après biopsie valvulaire, qui différenciera nettement cette affection des autres grosses valvules, en particulier de la bauhinite oedémateuse, de l'hypertrophie simple de la valvule et des carcinoïdes bauhiniens.

Quant au traitement, l'abstention sera de règle dans les cas bien tolérés, après avoir éliminé la possibilité de malignité. La thérapeutique sera chirurgicale dans les cas douteux ou mal tolérés.

oOo

Vu, le Président de Thèse :

Pr. Ch. DEBRAY

Vu, le Doyen de la Faculté :

Pr. L. BINET

Vu et permis d'imprimer
le Recteur de l'Académie de Paris
J. ROCHE

# BIBLIOGRAPHIE


AMINIAN (M) : Lipomes de la valvule iléo-caecale (Mémoire de Gastro-entérologie - I96I - Paris AGEMP édit.)

BEIQUE (L), CHAMPOUX (G.R.) et PLANTE (R.) : Lipomatose de la valvule iléo-caecale (L'union Méd. Canada - I96I - 9O - 563-568)

BERANBAUM (S.L.) et SUBBARAO (K) : The normal iléo-caecal valve (Am. J. Dig. Dis. I955 - 22 - 254-26I)

BERANBAUM (S.L.) et SUBBARAO (K) : The normal ileo-cecal valve (Am. J. Dig. Dis. I955 - 22 - 307-3I4)

BERANBAUM (S.L.) et SUBBARAO (K) : The normal ileo-cecal valve (Am. J. Dig. Dis. I955 - 22 - 33I-335)

BOYLSTON (G.A.) et SHIELDS (A.B.) : Lipohyperplasia and lipoma of the iléo-cecal valve (The Portland Clinic Bulletin. I96I-I4-I-I4)

CABAUD (P.G.) et HARRIS (L.T.) : Lipomatosis of the ileo cecal valve (Annals of Surgery - I959 - I50 - I092)

CASTLEMAN (B) et TOWNE (V.W.) : Redundant lipomatous ileo-cecal valve (New-England J. of Med. I953 - 248 - 382-385)

COMFORT (M.W.) : Submucous lipomata of the gastro-intestinal tract (Surgery, Gynecology and Obst. I93I - 52 - IOI-II8).

DEBRAY (Ch), RUBENS-DUVAL (A), PERGOLA (F), ROGE (J), AUVILLAIN (J) : La Bauhinite oedémateuse (Arch. Mal. app. dige. I953 - 42- I63-I73)

DEBRAY (Ch), PERGOLA (F) : Une nouvelle entité pathologique : la Bauhinite oedémateuse (Revue médicale française - I955 - 11 - 57I-575).

DEBRAY (Ch.), HARDOUIN (J.P.), BESANCON (F) et RAIMBAUD (J) : fréquence de la diverticulose colique selon l'âge (étude statistique à partir de 500 lavements barytés) (Sem. Hôp. I96I - 40- I743-I745).

EDWARDS (M) et ZANGARA (H) : Lipomatous hypertrophy of the ileo cecal valve (Am. J. of Surgery - I95I - 82 - 533-537)

FLEISCHNER (F. G.) et BERNSTEIN (Ch.) : Roentgen anatomical studies of the normal ileo cecal valve (Radiology - I950 - 54 - 43-58)

GOLDEN (R) : Enlargement of the ileo cecal valve (Am. J. of Roentgenology I943 - 50-I9-23)

GRAYSON (Ch. E) : Enlargement of the ileo cecal valve (Am. J. of Roentgenology - I958 - 79 - 823-836)

HINKEL (J. A.) : Roentgenological examination and evaluation of the ileo cecal valve (Am. J. of Roentgenology - I952 - 68 - I7I-I82)

LASSER (E. C. ) et RIGLER (L. G. ) : Observations on the structure and function of the ileo-cecal valve (Radiology - I954-63-I76-I83)

LASSER (E. C. ) et RIGLER (L. G. ) : ileo cecal valve syndrome (gastro-enterology-I955-28- 1-I6)

LE BRUN (H) : Argentaffin carcinoma . With special reference to growths of the ileo cecal valve (British J. of Surgery-I953-I954-4I-20-26)

LEHMANN (M) : Les aspects cliniques et radiologiques des lésions primitives de la valvule iléo-caecale ( Thèse I958 - Paris)

MALLORY (T. B. ) et CASTLEMAN (B) : Weekly clinico-pathological exercises (New England J. of Med. I943-229 - 948-953)

MOULONGUET (P), DEBRAY (M) et DOBKEVITCH (S) : Carcinoïdes de l'intestin grêle (Journal de Chirurgie - I94I-I942 - 58 - I6I-I78)

PAOLAGGI (J): Le sphincter iléo-caecal (Thèse Paris - I954)

PICHARD (R), BISMUTH (V. ), PAOLAGGI (J) et DEBRAY (Ch. ) : Etude radiologique de la valvule iléo-caecale (Sem. des Hôp. I958, 8, 308I-3096).

RIGLER (L. G. ) et LASSER (E) : Prolapse of the lower lip of the ileo cecal valve into the terminal ileum (Am. J. of Roentgenology. I95I-65 -878-88I)

SALEM (M. H. ) et McGEE (HH) : hypertrophy of the ileo-cecal valve (archives of Surgery - I959-78- 928-933)

SAUER (W. G. ), HODGSON (J. R. ), MAYNE (J. C. ) et JUDD (E. S. ) : Differential diagnosis in defects of the ileo cecal junction(Gastro-enterology - I955 - 29 - 837-848)

SEABROOK (D. B. ), STEVENS (R), SCHOLL (V) et NOHLGREN (J) : Lipomatosis of the ileo cecal region (Am. J. of Surgery - I956 - 92 - 2I4-22I)

SEILLE (G), BUSSON (A) et POULAIN (J) : Carcinome de l'iléon (Valvule de Bauhin) (Archives Mal. app. dig. I944, 33 - 53-56)

STARK (S.) : Diagnostic implications of the ileo cecal valve (Gastro-enterology I958 - 35 - 485)

WOLOSCHUK (O) et KING (W. B.) : La lipomatose de la valvule iléo-caecale (L'Union Méd. Canadá - I96I - I90 - I226-I229)

ZETTERGREN (L) : Lipohyperplasia of the ileo colic valve (Acta Societatis Medicorum Upsaliensis - I953-59- 6I-68)

oOo

TABLE DES MATIERES

pages

- INTRODUCTION ..... 1

- RAPPEL DE L'ANATOMIE ET LA PHYSIOLOGIE DE LA VALVULE ILEO-CAECALE ..... 3

- LES OBSERVATIONS

. Observations personnelles ..... 5

. Revue de la littérature ..... 10

- ETUDE SYNTHETIQUE

I - Etiologie ..... 43

II - Signes cliniques ..... 44

III - Signes radiologiques ..... 48

IV - Anatomie pathologique ..... 49

V - Pathogénie ..... 50

VI - Diagnostic :

. diagnostic clinique ..... 51

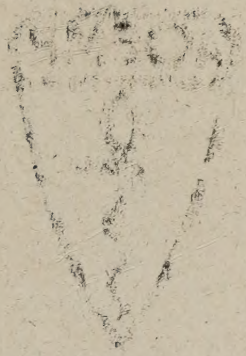
. diagnostic radiologique ..... 51

VII - Conduite à tenir en présence d'une grosse valvule iléo-caecale ..... 59

- ICONOGRAPHIE ..... 61

- CONCLUSIONS ..... 64

- BIBLIOGRAPHIE ..... I



AGEMP
POLYCOPIE
8, rue Dante
PARIS-Ve
Telephone : ODÉon 58-90